



Maria Filomena Lopes de Barros e Ana Paula Gato (ed.)

Desigualdades

Publicações do Cidehus

O Estado Novo e a saúde dos pobres

Ana Paula Gato

DOI: 10.4000/books.cidehus.15402
Editora: Publicações do Cidehus
Lugar de edição: Évora
Ano de edição: 2020
Online desde: 1 outubro 2020
coleção: Biblioteca - Estudos & Colóquios
ISBN eletrónico: 9791036563089



<http://books.openedition.org>

Refêrencia eletrónica

GATO, Ana Paula. *O Estado Novo e a saúde dos pobres* In : *Desigualdades* [en ligne]. Évora : Publicações do Cidehus, 2020 (généré le 09 octobre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cidehus/15402>>. ISBN : 9791036563089. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.cidehus.15402>.

O Estado Novo e a saúde dos pobres

*Ana Paula Gato**

Resumo

O Estado Novo criou uma política de saúde baseada na premissa ideológica estabelecida na Constituição de 1933 e na subsequente legislação de que cabia ao Estado cuidar apenas dos pobres. Este texto pretende analisar as políticas de prestação de cuidados de saúde aos pobres durante o Estado Novo. A partir da análise de várias fontes e da historiografia estudam-se os vários contextos de prestação de cuidados e o investimento político e organizacional do regime na área da saúde, de forma a identificar mudanças e continuidades nas políticas de saúde para os mais pobres. O Estado Novo multiplicou serviços de saúde, distribuiu escassos recursos pelos serviços públicos, e acentuou as desigualdades no acesso à saúde, com o recurso ao atestado de pobreza como condição para aceder aos serviços públicos. Encontrámos algumas continuidades na prestação de cuidados aos pobres, nomeadamente no tipo de instituições, no controlo do acesso aos serviços públicos, assim como no controlo social dos mais desfavorecidos através dos serviços de saúde. Consideramos como momentos de mudança em termos de políticas de saúde para os mais pobres as primeiras tentativas de criação de centros de saúde na década de 1930, e a legislação de 1971 que reconheceu a saúde como um direito para todos e permitiu a criação de centros de saúde públicos, ainda durante a ditadura.

Palavras-chave: saúde, Estado-Novo, pobreza

Abstract

The health policy created by the Estado Novo was based on the ideological premise established in the 1933 Constitution and the subsequent legislation that the State was responsible for caring only for the poor. This text intends to analyse health care policies for the poor during the Estado Novo, based on the analysis of various sources and historiography, the various contexts of care provision and the political and organizational investment of the regime in health services, in order to identify changes and continuities in health policies for the poor. The Estado Novo multiplied health services, distributed scarce resources to public services and accentuated inequalities in access to health, making the

* Instituto Politécnico de Setúbal; CIDEHUS-Universidade de Évora, anapaulagato@gmail.com; ana.gato@ess.ips.pt

poverty certificate mandatory to access public services. We found some continuities in the provision of care to the poor, in the type of institutions, in the control of access to public services, as well as in the social control through health services. We considered as moments of change in terms of health policies for the poor the creation of health centers in the 1930s, and the 1971 legislation that recognized health as a right for all and allowed the creation of public health centers even during the dictatorship.

Keywords: health, Estado Novo, poverty

Introdução

A questão da assistência aos mais pobres foi um constante motivo de preocupação e alvo de múltipla legislação e intervenção do poder político desde a Idade Média na Europa¹, tendo a situação portuguesa algumas especificidades². Os governos do Estado Novo com o seu manancial de normas, leis e organizações não foram exceção, nomeadamente na área da saúde. No campo da assistência, segundo a Constituição de 1933, cabia ao Estado, promover e favorecer “*as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade*”³, isto é a Constituição previa uma organização corporativa do Estado que o eximia de grandes responsabilidades em termos de prestação de cuidados de saúde através de serviços públicos, transferindo-as preferencialmente para a família ou para instituições criadas pelos cidadãos.

O Estado Novo delegou, através de abundante legislação, em várias entidades e instituições a prestação de cuidados de saúde à população, salvaguardando para si a prestação de cuidados aos pobres. A Constituição era clara nesse aspeto, pois estipulava que cabia ao Estado “*zelar pela melhoria de condições das classes sociais mais desfavorecidas, obstando a que elas desçam abaixo do mínimo de existência humanamente suficiente*”, afirmando ainda a obrigação do Estado defender, a par da moral, a salubridade alimentar e a higiene pública⁴.

A população portuguesa viveu durante o início do regime uma situação de dificuldades sociais e económicas, consequência ainda da débil situação económica do país provocada

¹ Nesse sentido veja-se por exemplo a obra de Geremek, 1995, abrangendo um vasto período cronológico que vai da Idade Média à Contemporânea.

² Sobre esta problemática em Portugal destacam-se os estudos de autores como Miriam Halpern Pereira, Laurinda Abreu, Maria Antónia Lopes, Isabel dos Guimarães Sá, Maria Marta Lobo de Araújo, Irene Flunser Pimentel, Alexandra Esteves, Fátima Patriarca e outros.

³ Conforme a Constituição de 1933.

⁴ Idem, artigo 6º.

pela I Guerra Mundial e pela crise financeira mundial de 1929, que teve um acentuado impacto nas condições de vida e saúde da população portuguesa⁵. Os mais pobres eram penalizados pela situação económica e pelas dificuldades no acesso à saúde e à proteção social. Em 1929 a Direção Geral de Saúde tinha disponível um orçamento para os serviços públicos de saúde 40% abaixo do concedido no ano anterior⁶. A exiguidade de recursos não se coadunava com a adoção de estratégias que permitissem melhorar os indicadores de saúde dos portugueses, que sofriam com o desemprego e a fome⁷.

Este contexto de dificuldades foi agravado pelas limitações impostas na sequência da II Guerra Mundial. O elevado nível de desemprego, o racionamento, a escassez de alimentos e de combustíveis, os baixos salários, os elevados preços dos bens essenciais, tornavam ainda mais frágil a situação social e de saúde dos mais desprotegidos⁸. A situação não melhorou muito durante os anos seguintes⁹, mas a década de 1960 apresentava-se auspiciosa não fora o início da guerra colonial em 1961. Foi nesta conjuntura de dificuldades e incertezas que se desenvolveram os serviços de saúde e se prestaram cuidados aos mais pobres.

Pretendemos neste texto analisar como foram organizados e prestados os cuidados de saúde aos pobres pelo Estado Novo, através dos serviços públicos de saúde, com o objetivo de identificar mudanças e continuidades durante o período em causa. Para isso recorremos a fontes legislativas, diários das sessões da Assembleia Nacional e Atas da Câmara Corporativa, assim como a relatórios institucionais e produção historiográfica.

Cuidar da saúde dos pobres – como e de quais?

Durante o regime, os defensores do *Estado mínimo* na prestação de cuidados de saúde entendiam que a assistência pública “esterilizaria” a privada, “*mecanizando os corpos e desumanizando as almas*”¹⁰, colocando assim em grave perigo os pobres. Argumentava-se aliás que a opção preferencial pela assistência privada se devia à consideração pela “*psicologia do necessitado português e do benfeitor português*”, e dos seus “*recursos e defeitos*”¹¹. Ora o povo português teria, segundo o Estado Novo, a sua identidade marcada pela generosidade e caridade para com os mais pobres, qualidades consideradas intrínsecas.

⁵ Este retrato é-nos dado por Cardoso, 2012.

⁶ Como esclarece o então Diretor Geral de Saúde, nomeado à época, Faria, 1934.

⁷ Conforme Cardoso, 2012, p. 369-400.

⁸ A este propósito ver Cardoso, 2002 e Rosas, 2012.

⁹ Idem

¹⁰ Isso mesmo é acentuado pelo SNI (1945) – A Assistência Social em Portugal. Cadernos do Ressurgimento Nacional, Lisboa: SNI.

¹¹ Idem

Um terreno fértil, portanto, para semear as iniciativas privadas de assistência que o poder político via como essenciais no combate à miséria. Considerava-se que esta batalha deveria ser assente numa obrigação de todos e não na defesa dos direitos dos pobres, qualificada como problemática e ligada a doutrinas com alto grau de perigosidade ideológica¹².

A solução para o problema da assistência estaria assim numa acérrima defesa do papel supletivo do Estado, propondo-se em 1937 que fosse realizada uma reforma da assistência que, indo ao encontro do previsto na Constituição, conduzisse ao desenvolvimento “*das suas formas privadas mais do que na luxuriante vegetação dos organismos públicos, burocratizados, estatizados, ou seja mecânicos e inertes.*”¹³ Reforma esta que se desenvolvesse no sentido “*de que ao Estado incumba na assistência, sobretudo, uma função de justiça e aos particulares a função de misericórdia*”¹⁴. Ao Estado Novo não cabia a compaixão, apesar da afirmação contínua do catolicismo dos seus dirigentes.

Para o Estado Novo as causas gerais da pobreza em Portugal eram atribuíveis a conflitos individuais e familiares, à doença e à fome. Mas identificavam-se como causas principais as maioritariamente imputáveis aos próprios pobres: o alcoolismo, o casamento *de tarados*, o contágio com sífilis, a imprevidência, o orgulho e a insolência que conduziam ao despedimento, as tentações irresistíveis do luxo, gastos em diversões, *génio exaltado*, a que se juntava a “*insuficiência física, intelectual ou profissional*”¹⁵. A estas causas poderia somar-se a preguiça, apanágio dos “parasitas”, diferentes e menos dignos que os verdadeiros pobres. Eram considerados *parasitas* os que mendigavam podendo trabalhar, “*os que faziam habilidades*” ou vendiam rifas, os desempregados que não aceitavam qualquer trabalho, *certos ciganos*, os que exibiam deficiências físicas, os falsos tuberculosos e os que queriam escolher o tipo de assistência¹⁶, cometendo a insolência de pensar ter escolha.

Nos verdadeiros pobres, socialmente aceites e reconhecidos como tal, estavam incluídos os doentes impossibilitados de trabalhar, os desempregados involuntários, os desempregados periódicos, as viúvas, órfãos e idosos, os membros de famílias numerosas com salários muito baixos, os trabalhadores idosos com baixos salários, os reformados com pensões muito baixas, os jovens com formação mas sem emprego, os doentes crónicos que não podiam exercer diariamente a sua profissão, as famílias dos

¹² Ibidem

¹³ Conforme o preâmbulo do Decreto-lei nº 27 610, de 1 de abril de 1937.

¹⁴ Idem

¹⁵ Isso mesmo era destacado pelo SNI (1945) – A Assistência social em Portugal. Cadernos do Ressurgimento Nacional, Lisboa: SNI.

¹⁶ Idem

condenados, os ex-reclusos que não conseguiam emprego, as vítimas de familiares gastadores, as mães solteiras e crianças, ou esposas, abandonadas¹⁷. Todos esses estavam incluídos nas categorias de pobres ou indigentes previstas no Código Administrativo de 1940¹⁸.

Mas a condição de pobreza precisava de ser oficialmente reconhecida, e nisso o Código Administrativo era claro, a pobreza ou indigência de qualquer pessoa era provada “*por meio de certidão extraída do respectivo recenseamento paroquial*”¹⁹. Conforme é demonstrado quer por Laurinda Abreu para a Época Moderna²⁰, quer por Maria Antónia Lopes e Eunice Relvas²¹, para o século XIX, estes registos de pobres eram já uma realidade em séculos anteriores, nomeadamente através das paróquias, permitindo aos municípios uma assistência mais *regulada*.

Este recenseamento de pobres e indigentes era feito pelas Juntas de Freguesias, que o deveria manter organizado, conservado e devidamente atualizado através de uma revisão anual²². A prova de que se era pobre era feita através de apresentação de uma certidão de pobreza produzida pela respetiva Junta com base no recenseamento realizado²³. Apesar da publicação em 1944 do Estatuto da Assistência²⁴, foi em 1945, através do decreto-lei 35108, que se reorganizou a assistência integrando uma panóplia de serviços assistenciais na legislação, mas não os articulando. As atribuições de recenseamento dos pobres ficaram então a cargo das comissões paroquiais de assistência²⁵. No mesmo sentido foram também criados centros de inquérito, que averiguavam as reais condições de vida dos pobres que solicitavam assistência pública, pois o número de pedidos era grande e escassas as respostas²⁶. A partir daí, a obrigatoriedade de as Juntas de Freguesia passarem uma carta de assistência aos mais desfavorecidos, que atestasse a sua condição de pobreza, para que pudessem ser assistidos nos poucos estabelecimentos públicos existentes, ficou a depender dos rigorosos inquéritos assistenciais.

Aos pobres e indigentes era vedado o direito de voto ou de serem candidatos a qualquer cargo publico²⁷. Na posse dessa certidão, que acentuava como um ferrete a desigualdade

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Conforme o Código Administrativo de 1940.

¹⁹ Idem, artº 256.

²⁰ A este propósito ver as obras de Abreu, 2013 e 2014.

²¹ Ver (Maria Antónia) Lopes, 2000, 2010 e 2017 e Relvas, 2002.

²² Idem, artº 253.

²³ Idem, artº 256.

²⁴ Concretizado na Lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944.

²⁵ Conforme o Decreto Lei 35 108, artigo 78º, nº 1

²⁶ A este propósito ver as atas da Assembleia Nacional nesse período.

²⁷ De acordo com o Código Administrativo de 1940, artº 18º.

excluindo os pobres da participação política, estes eram oficialmente reconhecidos como clientes dos serviços públicos de saúde, mas estes serviços eram escassos e os pobres abundavam.

A situação de pobreza de muitos portugueses chocava intelectuais e profissionais de saúde. A médica Alcinda de Aguiar, em 1939 numa conferência na Liga de Profilaxia Social, lamentava as condições de vida de grande parte da população portuguesa. Sobre a sua experiência clínica em Viana do Castelo relatava: “*mulheres sujas, esfomeadas, mal vestidas, mulheres no período de gravidez mal alimentadas, cheias de filhos, as habitações, verdadeiros antros, que seriam impróprios e infectos para irracionais*”²⁸. Das 1000 crianças por si observadas em 1938, 72,5% estavam abaixo do peso normal. A maior parte delas vivia sem conforto, nem higiene e estavam subalimentadas²⁹.

Mas as opiniões sobre as causas da pobreza divergiam. A deputada Maria José Novais por exemplo, tinha um entendimento completamente díspar sobre essas causas. Um ano antes, em 19 de março de 1938, numa conferência sobre o tema, promovida pela mesma Liga de Profilaxia Social, esta deputada colocava sobre os mais desfavorecidos, e sobre os governos anteriores, as origens dos inúmeros problemas com que se deparava a assistência em Portugal, isentando o Estado Novo de quaisquer responsabilidades. Na mesma linha ideológica considerava que a miséria era essencialmente devida a fatores atribuíveis ao indivíduo e família, nomeadamente à preguiça, aos vícios, ao alcoolismo, e não a fatores externos³⁰.

A tão apregoada caridade e preocupação com os mais necessitados tinha críticos e tomava como injustiça social o que o regime considerava culpa dos próprios. A escritora e jornalista Maria Lamas, colocava na voz de uma personagem feminina uma crítica aguçada à assistência aos mais desfavorecidos em 1934, dizendo que se falseava o preceito cristão de amar o outro através da prática de uma caridade “*que deprime, lisonjeando a prática de quem dá e obrigando quem recebe a um agradecimento servil*” em vez de procurar resolver as injustiças sociais³¹.

A assistência na saúde, colocada à disposição dos pobres, nas décadas de 1930 e de 1940 era, segundo o médico Fernando Correia, “*deficiente e mal orientada*”³². Eram várias, e com grande diversidade nos objetivos e população alvo, as instituições assistenciais e os

²⁸ Conforme o estudo apresentado em conferência por Aguiar, 1939.

²⁹ Idem

³⁰ Isso mesmo foi defendido pela autora numa conferência pública – Novais, 1938.

³¹ Lamas, 1935, p. 195.

³² Fernando Correia foi dos mais proeminentes médicos “higienistas” no Estado Novo, autor de vasta bibliografia e defensor de um Estado “higienista” e fiscalizador, mas prestador mínimo.

profissionais, que lhes prestavam cuidados: médicos e parteiras municipais, os dispensários materno-infantis, antituberculosos e antivenéreos, as associações de socorros mútuos, as misericórdias e outras associações privadas de beneficência, as recém-criadas casas do povo e casas dos pescadores e, ainda, as caixas de previdência. Mas à diversidade institucional associava-se a escassez, quer na população abrangida e número de instituições, quer na quantidade de profissionais de saúde³³.

Centradas nos seus próprios fins, as diversas instituições raramente se articulavam entre si, “*absolutamente separadas do sentimento de solidariedade para o bem comum*”, como referia o então Diretor Geral da Saúde, José Alberto de Faria, que preconizava uma organização dos serviços de saúde ao nível comunitário mais próxima das populações, cuja intervenção permitisse prevenir a doença e providenciar os cuidados básicos. O Diretor Geral de Saúde reconhecia em 1940, o desadequado aproveitamento das potencialidades das organizações existentes no terreno³⁴. A contribuição do Estado, através dos organismos centrais, das Juntas de Distrito, das Câmaras Municipais e das Juntas de Freguesia, era exígua face às necessidades³⁵.

Em 1940 foi criado o primeiro departamento do Estado diretamente responsável pelos assuntos da saúde, a Subsecretaria de Estado da Assistência Social integrada no Ministério do Interior. No ano seguinte o Estado Novo defendia que a organização e melhor aproveitamento das atividades assistenciais implicavam umas vezes a sua concentração ou fusão, outras vezes a sua dispersão ou transferência por vários organismos. Idealmente todas as instituições públicas de saúde deviam caminhar para a conversão em instituições particulares. Com efeito a legislação de 1941³⁶ dividia as necessidades de assistência pública em quatro áreas, duas delas direcionadas de forma mais específica para os cuidados de saúde: assistência materno infantil (através de consultas pré-natais, dispensários, lactários, maternidades) e “*defesa da vida ameaçada por infeções físicas, mentais ou morais*” (através de hospitais, dispensários, manicómios...) ³⁷. Esta perspetiva da *infeção*, utilizada aqui não só em relação às infeções físicas, como às doenças infecto contagiosas, mas aplicada também aos aspetos mentais e morais, dá-nos a visão de que estas problemáticas eram assumidas pelo legislador como potenciais reservatórios de “contaminação”. Mas apesar disso insistia-se, em tempo de guerra e dificuldades

³³ A este propósito a minha tese de doutoramento é elucidativa- ver Gato, 2013.

³⁴ A consciência destes factos está bem documentada na sua obra “Administração Sanitária” de 1934.

³⁵ Idem

³⁶ De acordo com o Decreto Lei nº 31 666, I série, 22 de novembro de 1941, p. 1134.

³⁷ Preâmbulo do Decreto Lei nº 31 666, DR nº 273, I série, 22 de novembro de 1941, p. 1134

acrescidas para a população³⁸, na necessidade de “*valorizar a assistência privada e de reduzir, na medida do possível, a esta categoria as próprias instituições oficiais que disso forem suscetíveis*”³⁹, pois isso permitiria ao Estado deixar de fazer assistência direta e ocupar-se das funções de “*orientação, cooperação, coordenação e suprimento, e, de modo especial, as de inspeção e fiscalização.*”⁴⁰

Em 1942 o princípio de desoficialização dos serviços de saúde estendeu-se também ao seu pessoal. Invocando o título supletivo das funções de prestação de cuidados de saúde, o Estado reduziu os profissionais de saúde que passavam a ser contratados conforme a necessidade e disponibilidade financeira das instituições⁴¹. Assim se pretendeu reduzir o número de profissionais para cuidar de quem mais precisava dos serviços públicos de saúde, os mais frágeis.

Entretanto o Estatuto da Assistência Social, publicado em 1944, acentuou a natureza supletiva dos serviços de saúde do Estado, tanto centrais como distritais ou autárquicos, incumbindo-lhe essencialmente orientar, tutelar e favorecer a iniciativa privada⁴². Este estatuto estabeleceu e diferenciou as instituições prestadoras de cuidados de saúde distinguindo-as em oficiais e particulares e dividindo estas em associações ou fundações. No regime de associações ficaram as Misericórdias e as instituições de iniciativa e administração da Igreja Católica. Às Misericórdias foi atribuído, preferencialmente, o papel de órgão coordenador e supletivo não só dos serviços materno-infantis, mas também de postos de consulta e socorros, serviços de psiquiatria, dispensários e hospitais. Lembremos que era o Instituto Maternal que reunia as competências de organizar e coordenar os serviços de saúde materno infantil e que à Direção Geral de Saúde incumbia a coordenação de todos os serviços de saúde públicos e fiscalização dos privados. A legislação em causa demonstrava mais uma vez a inconsistência e carácter ambivalente do pensamento político do Estado Novo em relação à organização dos cuidados de saúde, provocado pela duplicação de competências e sobreposição de serviços.

Em 1945, a reforma de Trigo Negreiros reorganizou os serviços de assistência, com base na Lei 1998, mas ultrapassando amplamente as funções previstas para o Estado. Reconhecendo a necessidade de recuperar o lamentável atraso no campo da saúde e os maus indicadores em relação ao resto da Europa, o ministro quis assegurar a coordenação

³⁸ A este propósito ver Costa et alii, 2011.

³⁹ Conforme o preâmbulo do Decreto Lei nº 31 666, DR nº 273, I série, 22 de novembro de 1941, p. 1134.

⁴⁰ Conforme o preâmbulo do Decreto Lei nº 31 666, DR nº 273, I série, 22 de novembro de 1941, p. 1134.

⁴¹ De acordo com o Decreto Lei nº 31913.

⁴² De acordo com a Lei Nº 1998, Diário do Governo, Série I, 102 (1944-05-15), p. 433-437.

geral dos serviços e a formação dos profissionais de saúde. O Decreto-Lei 35108 de 7 de novembro, que regulamentou o Estatuto da Assistência, marcou uma iniciativa inédita do Estado Novo no sentido de tentar coordenar e melhorar os serviços de saúde. No entanto, a existência de vários institutos autónomos, com atribuição de funções já desempenhadas por outros, não provocou melhoria real da situação. Ao mesmo tempo que se atribuía ao Instituto Maternal a coordenação das atividades assistenciais materno-infantis, a legislação dava também competência ao Instituto de Assistência à Família para fomentar a criação de estabelecimentos de assistência infantil e instituir socorros para reduzir a mortalidade infantil⁴³. O mesmo decreto entregava a tutela dos necessitados e assistidos à Direção Geral de Assistência, assim como a responsabilidade administrativa das instituições particulares de assistência, salvaguardando que no caso das instituições de saúde, esta seria exercida em colaboração com a Direção Geral de Saúde⁴⁴. A partir daqui as instituições privadas da área assistencial, incluindo as Misericórdias, tiveram uma ação mais condicionada quer pela legislação, quer pelo controlo técnico, administrativo e financeiro do Estado.

Podemos considerar como fatores explicativos desta alteração da política assistencial o impacto positivo do desafogo económico, as críticas internacionais às elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a consciência de que a dispersão institucional gerava falta de controlo, a pressão dos médicos e de uma parte da sociedade civil e a necessidade de o regime demonstrar maior abertura política perante a vitória das democracias ocidentais na II Guerra. Com efeito, esta reforma conferiu distintas funções a duas direções gerais, Direcção-Geral de Saúde e Direcção-Geral de Assistência, com vista a reorganizar os serviços de assistência. À Direcção-Geral de Assistência foi atribuída a responsabilidade do setor de assistência social, competindo à Direcção-Geral de Saúde “*adotar as medidas profiláticas e terapêuticas indispensáveis à defesa e proteção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população e, bem assim, à prevenção e ao combate das doenças endémicas e epidémicas.*”⁴⁵

A criação do Ministério da Saúde e Assistência em 1958, a quem foi formalmente conferida a responsabilidade gestonária da área da saúde, foi considerada, mesmo dentro do próprio regime, como parte da resolução dos problemas de coordenação, conflitos e sobreposições dos diferentes serviços⁴⁶. Os serviços de Assistência Pública e os serviços de Saúde Pública, que eram dependentes do Ministério do Interior, passaram a estar sob

⁴³ Conforme o Decreto-Lei nº 35 108, Diário do Governo, Série I, 247 (1945-11-07), p. 899-922.

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ A este propósito ver intervenções de Maria Luísa van Zeller na Assembleia Nacional enquanto deputada.

a tutela do Ministério da Saúde. Mas o facto de existir um Ministério da Saúde e Assistência, já tantas vezes reclamado por vários setores, incluindo a Camara Corporativa, não obviou a que os serviços de saúde das organizações corporativas continuassem a funcionar sob a alçada do Ministério das Corporações e Previdência Social. Os seus dirigentes consideravam que não era através dos serviços públicos, mas dos corporativos que se poderia fazer “*algo de útil e perdurável*” contra os perigos das soluções de tipo socialista⁴⁷.

Na década de 1960 foi lançada a Lei de Bases da Previdência Social e estruturada a Direção-Geral dos Hospitais, no sentido de melhor responder às necessidades de gestão hospitalar. A Lei nº 2120 de 19 de julho de 1963 substituiu a lei 1998 de 15 de maio de 1944, que instituía os princípios orientadores da assistência social, compreendida como intervenção também na área da saúde. A sua Base IX estabelecia que as atividades de saúde pública englobavam a educação sanitária da população, o saneamento do meio ambiente, a higiene materno-infantil, infantil, escolar, a alimentação e do trabalho, a higiene mental, a profilaxia das doenças transmissíveis e sociais, a defesa sanitária das fronteiras, a hidrologia médica e das estações balneares, a fiscalização da produção e comercialização dos medicamentos e a comprovação da sua eficiência. Os pobres viam assim alargadas as suas hipóteses de acesso a cuidados de saúde, pelo menos na legislação.

É de referir também nesta década a expansão dos centros materno-infantis dirigidos pelo Instituto Maternal, a construção de vários hospitais, a implementação do Plano Nacional de Vacinação em 1965, subsidiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e o nascimento de vários subsistemas de saúde.

No entanto, apesar da existência do Ministério da Saúde, na década de 1960 os serviços de saúde continuaram dispersos por vários ministérios. Os serviços de saúde corporativos, baseados no seguro social obrigatório, que incluíam os serviços Médico-sociais das Caixas de Previdência, as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores dependiam do Ministério das Corporações e Previdência Social. O Ministério da Educação tutelava o Instituto Português de Oncologia (IPO) e a Saúde Escolar, enquanto outros ministérios detinham serviços de saúde específicos para os seus funcionários. No entanto os serviços públicos de saúde, destinados preferencialmente aos pobres e dispersos por uma panóplia de instituições, estavam sob tutela do Ministério da Saúde e Assistência.

⁴⁷ Discurso do ministro das Corporações e Previdência Social, Veiga de Macedo, em 13 de dezembro de 1958, publicado em *Protecção aos trabalhadores rurais através da solução corporativa*, Lisboa, Junta Central das Casas do Povo, 1959.

Os municípios, os médicos municipais e os doentes pobres

As câmaras municipais portuguesas foram garante durante séculos, a par com as Misericórdias e outras instituições privadas, da assistência médica e social aos mais desfavorecidos. A situação não era específica da Coroa Portuguesa, exceto na forma organizada como desde o séc. XVI os municípios foram compelidos a assumir responsabilidade na contratação de médicos para assistir as populações⁴⁸. Numa linha de continuidade de atuação dos facultativos municipais, a legislação de 1901, saída da pena de Ricardo Jorge, confirmou as responsabilidades das Câmaras nesta área, reconhecendo o médico municipal como o “*primeiro funcionario de saúde*”, investido do “*sacerdocio publico*” e considerado “*o esteio do systema sanitario inaugurado*.”, com obrigações não muito distintas daquelas que lhe tinham sido atribuídas no séc. XVI. Em 1901 Ricardo Jorge pensava dotar o país de partidos municipais que garantissem a “*assistência médica e sanitária de toda a população do território da República*”⁴⁹.

A legislação de 1926⁵⁰, na sequência da não concretização das medidas de 1901 e já sob o novo regime político, previa que fossem sendo criados e preenchidos lugares de partidos médicos, com limitação de intervenção por área geográfica, que conseguissem fazer a cobertura sanitária de todo o território nacional. O propósito de Ricardo Jorge, responsável também por esta legislação, ficaria por concretizar durante décadas, pois o Estado Novo assumiu, como já vimos, um papel supletivo na prestação de cuidados de saúde. A documentação revela que os médicos municipais não chegavam para as necessidades. Fora dos grandes centros urbanos, o médico municipal, muitas vezes o único existente, assumia simultaneamente as funções de delegado de saúde e assegurava o lugar de clínico noutras instituições⁵¹.

Exemplo dessa situação é relatado pelo jornal “Cezimbrense” que, numa notícia de 1934, avisando da reforma do anterior médico municipal e da sua substituição por um outro médico, informava que o mesmo acumularia “*o lugar de médico da Associação de Socorros Mútuos, Marítima e Terrestre*.”⁵². Acumulações que também se verificam em

⁴⁸ Abreu, 2008a.

⁴⁹ Segundo o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência, Diário do Governo, Série I, 292 (1901-12-26), p.1031-1070, da autoria de Ricardo Jorge.

⁵⁰ Decreto nº 12477, Diário do Governo, Série I, 227 (1926-10-12), p. 1519-1530.

⁵¹ As fontes sobre o assunto englobam atas da Camara Corporativa, atas da Assembleia Nacional, artigos em jornais locais e regionais e artigos em jornais e revistas médicas.

⁵² O jornal local “O Cezimbrense” fez durante décadas eco das notícias do concelho de Sesimbra, nomeadamente as relacionadas com a saúde.

outras organizações, como nas Caixas de Previdência, nas Casas dos Pescadores ou nas Casas do Povo⁵³.

No Código Administrativo de 1940 foram confirmadas as obrigações múltiplas dos municípios na área da assistência na saúde, nomeadamente as de criar empregos e partidos para médicos, parteiras e enfermeiras, assim como de subsidiar serviços de assistência e cuidar do internamento de doentes mentais e doentes pobres⁵⁴. Em relação aos médicos municipais, o mesmo Código, determinava a existência de pelo menos um por concelho, estabelecendo o limite de quatro nos concelhos de maior densidade demográfica. Qualquer nomeação tinha de ser aprovada pelo Ministro do Interior, sendo que em caso algum poderia existir mais do que um partido médico por freguesia⁵⁵ não deixando a lei de prevenir exageros, determinando que se existisse médico na Misericórdia ou na Casa do Povo esse lugar seria extinto⁵⁶. O Estado prevenia assim o perigo de oferecer o que poderia considerar-se uma oferta de cuidados de saúde públicos que extravasava o mínimo previsto para os pobres.

Os médicos municipais tinham de residir no concelho ou freguesia onde estavam colocados; assistir gratuitamente os pobres, os expostos, as crianças desvalidas assim como os presos; atender às urgências a qualquer hora, realizar atividades de saúde escolar, vacinar, verificar óbitos, fazer a vigilância médica de pessoas com doenças infecto contagiosas, colaborar nas cirurgias e consultas realizadas a doentes pobres nos hospitais do concelho; auxiliar o delegado de saúde e vigiar instituições de acolhimento de crianças pobres⁵⁷. Perante a lei, o médico municipal era incumbido de exercer toda a responsabilidade pela saúde e bem-estar dos desvalidos de uma ou mais freguesias. Em suma o Estado Novo delegava num profissional de saúde a responsabilidade por uma vigilância e cuidado de que se tinha descartado na Constituição e que era uma tarefa hercúlea, tanto mais que eram poucos os médicos municipais e os municípios não tinham proventos, nem legislação de enquadramento, que lhes permitisse pagar um médico a tempo integral.

A vida e prática profissional dos médicos municipais apresentava significativas desigualdades entre os grandes centros urbanos e os meios rurais mais afastados, nomeadamente em termos de salário, como reconheciam as Juntas de Província,

⁵³ Sobre este assunto ver “Relatório das carreiras médicas” e as fontes anteriormente mencionadas.

⁵⁴ Segundo os Artº 48º, 49º e 51º do Código Administrativo de 1940 - Decreto-lei nº 31.095 de 31 de dezembro de 1940.

⁵⁵ Segundo o Artº 144º do Decreto-lei nº 31.095 de 31 de dezembro de 1940.

⁵⁶ Idem

⁵⁷ Segundo os Artº 149º e 150º do Decreto-lei nº 31.095 de 31 de dezembro de 1940.

ao escreverem que “*muitos médicos municipais fazem clínica gratuita a muitos doentes, outros a muito pouca clientela, e há, também, em muitos concelhos, médicos que nada recebem das câmaras municipais e que trabalham gratuitamente entre os pobres, mais do que aqueles que recebem dos cofres do município*”⁵⁸.

Já o Relatório das Carreiras Médicas, publicado em 1961, retratava a vida e a clínica dos médicos de partido das câmaras municipais, que se diziam reduzidos a tratar dos doentes pobres⁵⁹ e a fazer a triagem dos doentes ricos e remediados, que depois se deslocavam para os grandes centros urbanos para consultar médicos especializados⁶⁰. No seu testemunho um médico municipal desabafava “*o que nos fica depois desta “triagem”? Ficam-nos as gripes, as doenças crónicas, os pobres e uma grande amargura.*”⁶¹. O mesmo relatório denunciava que alguns médicos chegavam a ter a responsabilidade de três partidos, abrangendo uma população que, em alguns casos, atingia as quinze mil pessoas, o que tornava completamente inviável o cumprimento das múltiplas obrigações previstas⁶².

Todas estas razões contribuíam para a fraca adesão aos concursos que as câmaras municipais lançavam para ocupação das vagas de partido municipal. As dificuldades económicas, de habitação, de atualização científica, de carreira, e muitas vezes de reconhecimento social, longe aliás da imagem idílica do João Semana perpetuado na literatura, afastavam os médicos dos meios rurais e do interior⁶³. Os médicos não queriam ser pobres a cuidar de pobres, médicos de segunda, porque socialmente menos prestigiados, a cuidar dos que mais ninguém cuidava. Ainda assim muitos assumiram como missão a sua condição de médicos municipais granjeando o reconhecimento da população local⁶⁴.

Os pobres ficavam também numa situação de maior fragilidade perante a doença dada a dificuldade de acesso a cuidados médicos. Noutros casos, às dificuldades económicas acrescentavam-se as duplicações institucionais, pois no meio rural as Casas do Povo e os partidos médicos disputavam a mesma clientela, “*a população economicamente mais*

⁵⁸ Conforme Cardia, 1938.

⁵⁹ Este testemunho está narrado em Ordem dos Médicos, Relatório das Carreiras Médicas, 1961, p. 116

⁶⁰ Lembremos que a especialidade de Clínica geral/Medicina Familiar surgiu apenas no início da década de 1980.

⁶¹ Este testemunho é relatado no Relatório das Carreiras Médicas, p.16.

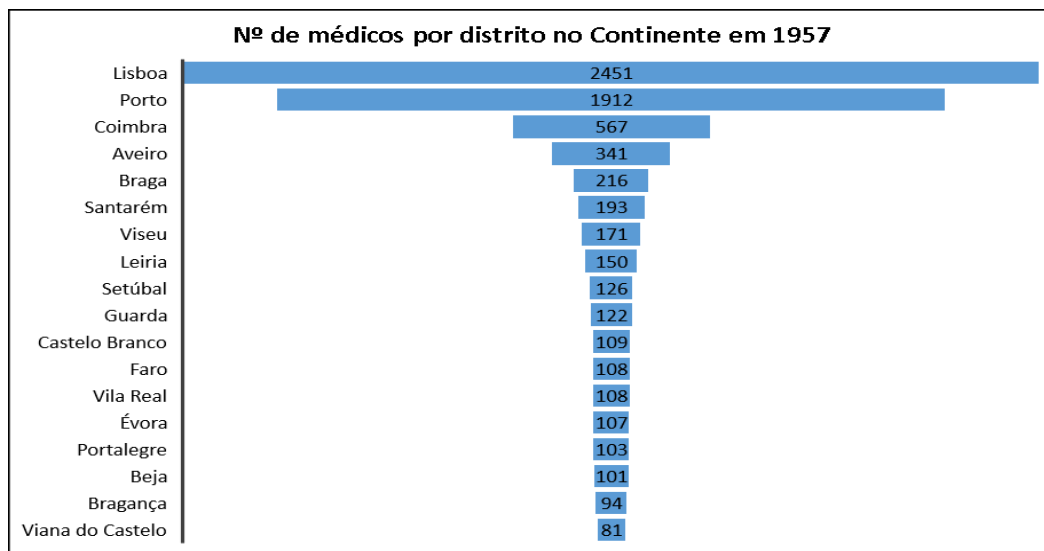
⁶² Conforme o médico e escritor Fernando Namora, citado em Relatório das Carreiras Médicas, p. 117.

⁶³ Ordem dos Médicos, Relatório das Carreiras Médicas, 1961, p.117.

⁶⁴ De salientar por exemplo os médicos municipais que viram reconhecida a sua ação em prol dos mais pobres quer através de atribuição dos seus nomes a ruas em vilas e aldeias, quer através de condecorações. Por exemplo o médico municipal Alberto Leite, que exerceu em Sesimbra, foi condecorado pelo Presidente da República.

*débil*⁶⁵. De facto, existiam diferenças significativas de distribuição de recursos no país, prefigurando iniquidades geográficas acentuadas, como se mostra nos gráficos seguintes.

Gráfico 1 - Distribuição de médicos pelos distritos do Continente em 1957



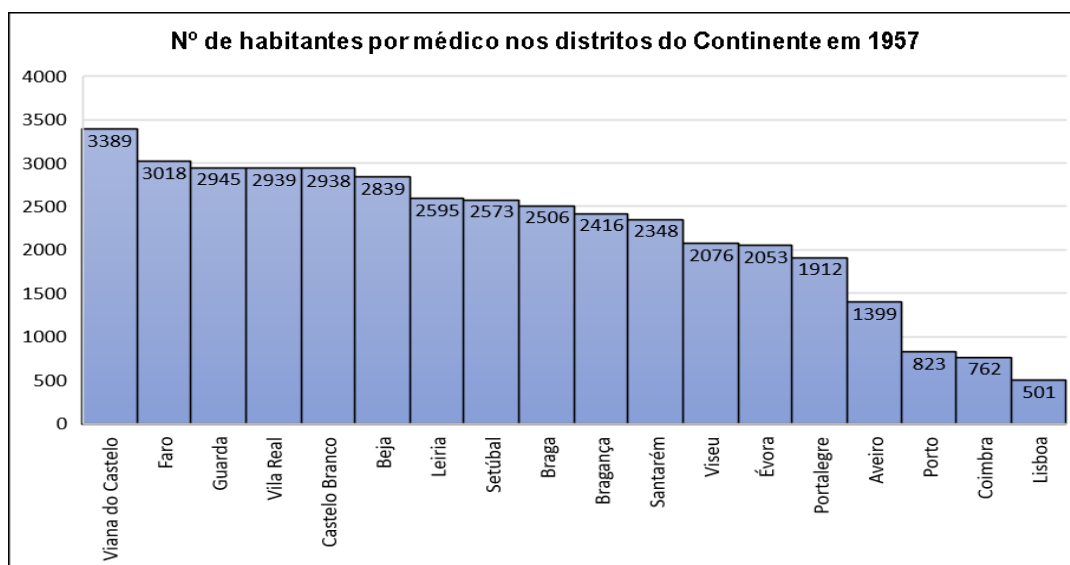
Fonte: Ordem dos Médicos, Relatório das Carreiras Médicas, 1961

Este gráfico dá-nos uma imagem da disparidade entre as três principais cidades do país em relação aos médicos existentes. De facto, apesar de podermos considerar que o maior número de médicos em Lisboa, Porto e Coimbra está ligada à existência de hospitais mais especializados, a cidade de Coimbra tinha na altura menos de um quarto dos médicos existentes em Lisboa (23%) e Porto cerca de 78% dos existentes em Lisboa. No interior Norte, no Alentejo e Algarve os números eram significativamente mais baixos, contribuindo para que os mais pobres tivessem mais dificuldade no acesso a cuidados. A situação não melhorava no grupo profissional de enfermeiros, pois em 1963, 41,5% destes estavam colocados nos distritos de Lisboa, Porto, Coimbra, Braga e Setúbal⁶⁶.

⁶⁵ Segundo Fernando Namora, citado em Ordem dos Médicos, Relatório das Carreiras Médicas, 1961, p.118.

⁶⁶ Estes números são mencionados no Diário das sessões da Assembleia Nacional, nº 86, 27 de março de 1963, p. 2152.

Gráfico 2 - N° de habitantes por médico nos distritos do Continente em 1957



Fonte: Ordem dos Médicos, Relatório das Carreiras Médicas, 1961

O gráfico 2 dá-nos uma ideia clara do número de habitantes por médico, destacando-se os distritos de Viana do Castelo, Faro com mais de 3 mil habitantes por médico e Guarda, Vila Real, Castelo Branco, Beja, Leiria, Setúbal, Braga e Bragança com mais de 2400 habitantes por médico, isto apesar da existência de hospitais das Misericórdias nestes distritos. Mas estes hospitais tinham poucas camas de internamento e não reuniam condições assistenciais adequadas para receber doentes graves⁶⁷.

Mesmo com as dificuldades já relatadas os municípios e demais organismos públicos eram instados a não ter qualquer iniciativa que pudesse constituir-se como declarada assistência pública de caráter gratuito e colocar em causa as superiores orientações do regime. Apesar disso, as edilidades mantiveram as obrigações sanitárias que vinham desde a Idade Média⁶⁸ e algumas delas tiveram intervenção significativa no apoio às instituições de saúde. A Câmara Municipal do Porto, por exemplo, fazia parte da direção do Instituto de Puericultura no Porto que tinha sob a sua alçada sete dispensários e postos de puericultura. Também a Câmara de Lisboa criou e assumiu a responsabilidade por vários lactários.

Os municípios arcaram com uma variedade de intervenções na área da Saúde que iam das mais elementares imposições de preceitos de higiene até à criação de estruturas

⁶⁷ Conforme pode ser amplamente verificado nos diários das sessões da Assembleia Nacional, revistas médicas e V Congresso das Misericórdias realizado em 1959.

⁶⁸ Como os cuidados de saúde aos mais desfavorecidos, o abastecimento de água, criação e manutenção da rede de saneamento, limpeza pública, fiscalização de estabelecimentos e habitações, desinfecção e exterminação de vetores animais, assim como de apoio a serviços de saúde/assistência.

específicas⁶⁹. Exemplo disso é a carta dirigida aos Presidentes das Câmaras Municipais, em 1940, pelo então Diretor Geral de Saúde, onde era lembrada a necessidade de defesa da salubridade pública. Em ano de festejos nacionais, também se deveria coagir as populações das aldeias, os pobres rurais, a deixar esse “*hábito descomposto e repugnante de catar os bichos da cabeça com todo o melhor relevo das diferentes operações, desde a pesquiza cuidada e demorada, até ao esmagamento entre as cabeças dos dedos, com estalido e limpeza ao fato*”⁷⁰. Assim se exortavam os municípios a assumirem as funções previstas no âmbito do controlo social dos mais pobres no que aos comportamentos de higiene diz respeito. Sobre o mesmo assunto, em 1941 e em desespero de causa, a DGS solicitava às Câmaras Municipais para instalarem balneários públicos que possibilitassem a higiene e o despiolhamento do maior número de pessoas⁷¹. De forma subtil, ou muitas vezes claramente expressa, o Estado Novo exercia claro controlo sobre todas as instituições de saúde, nomeadamente ao nível do que podemos designar como *higienização* e moralização dos comportamentos.

Toda esta situação refletia não só as difíceis condições sanitárias e económicas em que vivia a maior parte da população portuguesa, como a posição do regime face ao seu papel nas questões de saúde. Não querendo efetivamente afirmar-se como prestador e financiador de cuidados de saúde, atribuía às câmaras inúmeras responsabilidades, na linha do que já acontecia no período Moderno⁷².

Para assegurar as funções assistenciais que lhes eram atribuídas por lei, as câmaras debateram-se com extraordinárias dificuldades. O pagamento da assistência aos mais pobres era um dos maiores problemas, e daí a necessidade de identificar o número de beneficiários através dos inquéritos já referidos⁷³. Mas mesmo impondo um controlo rígido ao número de pobres com direito à assistência, muitas câmaras acabavam por não

⁶⁹ Diretor Geral de Saúde - [Carta] 1939 setembro 04, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde: 1921 a 1964, 1939. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal; Decreto-Lei N° 22520, Diário do Governo, Série I, 105 (1933-05-13) 733-734.

⁷⁰ Diretor Geral de Saúde - [Carta] 1940 abril 06, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde: 1921 a 1964, 1940. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁷¹ Direção Geral de Saúde: Serviços de Engenharia Sanitária - [Carta] 1941 maio 14, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde: 1921 a 1964, 1941. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁷² Abreu, 2008b.

⁷³ Diretor Geral de Saúde - [Carta] 1927 setembro 28, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde: 1921 a 1964, 1927. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal. Ver também “Câmara Municipal do concelho de Torres Vedras- Relatório da Gerência desta Câmara no ano de 1952”, Torres Vedras: Tipografia “O Torreense”, 1953

conseguir cumprir de forma adequada as obrigações previstas⁷⁴. A propósito desse problema, em 1959, no IV Congresso das Misericórdias, afirmava-se que “*quanto às câmaras não me parece que seja possível aumentar as suas despesas. As câmaras vivem uma dolorosa e grave situação financeira.*”⁷⁵. Embora se insistisse que os municípios eram elemento chave na “*defesa da vida e da saúde dos habitantes e do aperfeiçoamento das condições de higiene e salubridade*”⁷⁶, reconhecia-se que não tinham fundos financeiros que lhes permitissem desenvolver de forma satisfatória a sua missão.

Refira-se, no entanto, que apesar do protagonismo das câmaras municipais na prestação de cuidados de saúde aos mais pobres, o Estado assumia ainda alguns serviços específicos de proximidade, com especial incidência em serviços de proteção materno infantil, de controlo das patologias infecciosas e até de controlo moral da sociedade através dos serviços de saúde, como adiante veremos.

Os pobres nos hospitais

Os hospitais públicos, nomeadamente os Hospitais Civis de Lisboa, estavam sob alçada do Estado, cabendo às Câmaras Municipais o pagamento do internamento dos pobres, tal como faziam em relação ao internamento destes nas Misericórdias. Especialmente destinados aos cuidados dos doentes pobres, que não podiam ter assistência domiciliária ou pagar internamento nos hospitais privados, os hospitais públicos viviam com sérias dificuldades para responder às solicitações. As Câmaras tinham significativas dificuldades em assegurar o pagamento dos internamentos dos *seus* doentes pobres, tendo algumas autarquias ficado várias vezes em dívida e outras pago preços irrisórios. Em causa estava a capacidade de bom desempenho hospitalar, visto que, na maioria dos hospitais, a percentagem de pobres internados chegava aos 90%⁷⁷.

Se em 1884 Ricardo Jorge não se coibia de criticar as condições hospitalares no Porto referindo-se ao hospital da cidade como “*um antro infecto*”⁷⁸, em 1906, na obra de Raul Brandão “*Os pobres*”, o hospital era retratado “*como um velho sumidouro espera, guarda, construído de pedra e num brasido por dentro, todos os que sofrem, santos, pobres, mulheres perdidas e heróis...A misericórdia humana constrói destes castelos, para que os*

⁷⁴ Cardia, 1938.

⁷⁵ Mendes, 1959, p.47-53, p. 49.

⁷⁶ Diretor Geral de Saúde - [Carta] 1927 setembro 28, Sesimbra [aos] Presidentes das Câmaras Municipais [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde: 1921 a 1964. 1927. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

⁷⁷ Cardia, 1938.

⁷⁸ Esta designação foi feita pelo médico numa conferência na Liga de Profilaxia Social, falando das condições de insalubridade na cidade e nas instituições de saúde.

*ricos não assistam ao sofrimento dos pobres. E fê-los de pedra, de granito bem sólido, para que não se ouçam os gritos cá fora.”*⁷⁹. Mas se assim era nos finais do século XIX e no início do século XX, a situação não melhorou significativamente nem com a 1ª República, nem durante as primeiras décadas da ditadura. Em 1937, o médico e professor catedrático, Reinaldo dos Santos identificava como problemas no campo da saúde, para além do cenário económico, a falta de médicos e de enfermeiras visitadoras e a escassez de camas hospitalares. Sobre este último problema referia “*este espetáculo triste de se recusarem diariamente numerosos doentes que acodem aos hospitais, sem falar do que já tem sucedido, de pôr dois doentes na mesma cama, como na Idade Média...*”⁸⁰. A situação não se alterou na década seguinte, pois muitos doentes que precisavam não eram internados por falta de vagas, tendo de retornar as suas casas, esperando por vezes semanas, ou meses, quer pelo internamento quer pela realização de exames de diagnóstico⁸¹.

Na Assembleia Nacional reconheciam os deputados a escassez de hospitais, a sua má distribuição e a necessidade de reorganizar tanto a sua distribuição como de aumentar o seu número e a quantidade e qualidade dos profissionais de saúde, visto que não existiam carreiras profissionais e os médicos prestavam serviço nos hospitais públicos em regime de voluntariado⁸². Consideravam alguns que a mudança e melhoria das condições era urgente para se evitar o “*espetáculo verdadeiramente anti-humano de negar a possibilidade de recuperar a saúde aqueles que, por riqueza, só têm esse único bem.*”⁸³.

A situação dos hospitais públicos era difícil em termos de condições de espaço físico, equipamentos e escassez de profissionais de saúde. Os hospitais públicos de Lisboa, Porto e Coimbra recebiam também doentes pobres da província dadas as dificuldades da assistência médica⁸⁴, situação que claramente se percebe no quadro seguinte que nos indica a lista de médicos por especialidade nas capitais de distrito do Continente, já na década de 1960.

⁷⁹ Segundo a obra de Raul Brandão, *Os pobres*

⁸⁰ Santos, 1937.

⁸¹ Intervenção na Assembleia Nacional de Maria Luísa Van Zeller, Diário das Sessões, p. 1043, 25 de março de 1947

⁸² Idem, p. 1044.

⁸³ Idem, p. 1044.

⁸⁴ Ibidem.

Quadro 1 – N° de médicos por especialidade nas capitais de distrito do continente- 1960⁸⁵

Capitais de distrito	N° de médicos Cirurgia geral	N° de médicos Obstetrícia	N° de médicos Pediatria
Lisboa	147	62	109
Porto	62	31	39
Coimbra	22	11	10
Aveiro	5	0	3
Beja	1	0	1
Braga	5	3	3
Bragança	1	0	1
Castelo Branco	4	1	1
Évora	2	0	2
Faro	2	2	1
Guarda	3	0	1
Leiria	1	0	3
Portalegre	3	0	1
Santarém	1	2	1
Setúbal	1	1	1
Viana do Castelo	0	1	2
Vila Real	4	2	2
Viseu	3	3	3

Fonte – Ordem dos Médicos, Relatório sobre as carreiras médicas, Lisboa, 1961, p. 122

No início da década de 1960, mantinha-se a escassez de médicos especialistas em áreas como a Obstetrícia e a Pediatria, essenciais para assegurar cuidados de saúde especializados a crianças e grávidas, áreas em que as taxas de morbimortalidade se mantinham na cauda da Europa⁸⁶. De facto, a taxa de mortalidade infantil em 1960 era de 115,5‰ enquanto a mortalidade materna rondava os 77‰⁸⁷. Os distritos mais carenciados, nas três especialidades médicas enumeradas acima eram Beja e Bragança com apenas um cirurgião e um pediatra e sem obstetras. A cidade de Setúbal tinha um médico de cada uma destas especialidades, Viana do Castelo contava com três, mas não tinha cirurgião, ressaltando o facto de sete distritos não terem qualquer obstetra, apesar de existirem maternidades nos Hospitais das Misericórdias⁸⁸. A maior concentração de recursos médicos acontecia em Lisboa, Porto e Coimbra.

⁸⁵ Apresentam-se aqui apenas algumas das especialidades, nomeadamente as relacionadas com a saúde materno infantil, as doenças cardiovasculares, a saúde mental e as patologias cirúrgicas

⁸⁶ A este propósito ver Barreto (org.), 2000.

⁸⁷ Segundo os dados de PORDATA, 2018 e INE, 2018.

⁸⁸ Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento Destinado a Subdelegados de Saúde, no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por Francisco Homem - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 1948, p. 207.

A duração média de hospitalização por pessoa era, em 1958, de 21 dias, o que significava que muitos dos doentes permaneciam nos hospitais pela sua pobreza e não pela doença. Aos pobres restava aguardar, talvez substituir os que, entretanto, morressem ou tivesse lugar nos asilos das Misericórdias ou noutras instituições privadas de solidariedade.

Apesar do investimento na ciência de curar durante o período moderno⁸⁹, os hospitais continuaram a ser, tal como nos séculos anteriores, locais de abrigo para pobres, doentes e órfãos, panaceia última para todos os males sociais, o último reduto dos mais pobres. No início da década de 1950, contabilizavam-se 32 000 pobres e indigentes do concelho de Lisboa internados anualmente nos Hospitais Cíveis da cidade⁹⁰. Em 1958, recorriam à urgência e consultas externas dos Hospitais Cíveis de Lisboa uma média de 2212 doentes por dia, além dos 3900 doentes internados⁹¹. Os indigentes e incuráveis que povoavam os hospitais de Lisboa eram, segundo os dirigentes hospitalares, os responsáveis pela elevada taxa de hospitalização, pela sobrelotação e pela má utilização das camas de internamento, trazendo à instituição uma imagem de *“um verdadeiro espantinho para o povo e para os médicos.”*⁹². A ciência médica insurgia-se contra a situação dos pobres e desejava que eles não fossem um estorvo, para aquilo que consideravam ser a sua missão: curar.

No entanto alguns responsáveis médicos hospitalares, apesar de reconhecerem a escassez de serviços públicos de saúde e a necessidade de o Estado investir na saúde das populações mais desfavorecidas, manifestavam-se claramente contra a *proletarização* da medicina, recusando a ideia de criação de um Serviço Nacional de Saúde, considerando que o sistema de saúde deveria ser organizado *“numa base e num espírito compatível com o exercício da profissão médica ligada à atividade de clínica livre”*⁹³. Os pobres continuavam assim a ser cuidados conforme a boa vontade ou disponibilidade dos profissionais de saúde e do Estado.

Cuidar da saúde das mães e crianças pobres

A assistência materno infantil foi uma das prioridades, pelo menos nos discursos políticos, do Estado Novo, no entanto, como Irene Flunser Pimentel não deixa de acentuar,

⁸⁹ Sobre os hospitais no período moderno ver os estudos de Laurinda Abreu, Maria Marta Lobo de Araújo e Maria Antónia Lopes.

⁹⁰ Ver o Parecer nº 4/V acerca da proposta de lei nº 501/75, em 26 de fevereiro de 1950, Lisboa, Assembleia Nacional, 1950

⁹¹ Idem

⁹² Mário Carmona, Relatório in Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, vol. 23, nº 3, 1959

⁹³ Mário Carmona, Relatório in Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, vol. 23, nº 3, 1959.

com resultados pouco estimulantes⁹⁴. As múltiplas configurações institucionais para cuidados às grávidas e crianças incluíam dispensários, lactários, postos de proteção à infância e institutos de puericultura. O primeiro dispensário para crianças pobres terá sido fundado em Londres, em 1769, pelo Dr. George Armstrong, seguido de outros em diversas cidades britânicas⁹⁵. Em Paris, a Sociedade Filantrópica, criada em 1780, oferecia cuidados médicos e ajudava comerciantes e artesãos, enquanto a *Sociedade de Caridade Maternal* se preocupava com crianças e grávidas⁹⁶. Muitas mulheres das elites usaram, em Portugal como no resto da Europa, a sua influência em iniciativas de caridade e filantrópicas que, além de se afigurarem positivas em termos da sua imagem social, se integravam nas atividades reconhecidas como essencialmente femininas e cristãs⁹⁷. Normalmente estas obras privilegiavam a assistência no domicílio, sendo a maioria dos cuidados assegurados por enfermeiras, com alguma formação prévia, recrutadas em todos os estratos sociais⁹⁸.

Os primeiros dispensários infantis portugueses foram instituídos ainda no século XIX. O Dispensário da Rainha para Crianças Pobres, em Alcântara, por exemplo, foi criado em 1893⁹⁹, por iniciativa da rainha D. Amélia e do médico D. António de Lencastre, ficando ao cuidado de enfermeiras religiosas dominicanas. Tinha como objetivo dar assistência médica e alimentar a crianças pobres¹⁰⁰. Após a implantação da República, a partir de 16 de novembro de 1910, passou a denominar-se Dispensário Popular de Alcântara¹⁰¹. Também no Porto existiu um dispensário para crianças pobres fundado em 1895 sob os auspícios da mesma rainha¹⁰² e em Coimbra havia em 1913 uma consulta de lactantes e um lactário na maternidade. Em Lisboa a Associação Protetora da Primeira Infância detinha, na segunda década do século XX, três lactários, todos eles com vacas leiteiras ou cabras para fornecer o leite dado às crianças. Um destes lactários tinha uma consulta para lactantes, onde trabalhavam um médico e uma enfermeira visitadora¹⁰³. Em Lisboa, chegaram

⁹⁴ Sobre o assunto ver Pimentel, 2000 e 2001.

⁹⁵ Sousa, 1915.

⁹⁶ Idem.

⁹⁷ Uma enfermeira, de ascendência nobre, Léonie Chaptal fundou, em França, em 1905, a Obra de Assistência Maternal e Infantil de Plaisance, que assistia crianças e grávidas, enquanto outras senhoras da elite social francesa fundaram a Liga Francesa das Mães de Família, entre outras instituições.

⁹⁸ Delbold e Fouché, 2011.

⁹⁹ Apesar de termos encontrado registos que nos localizam a festa de inauguração presidida pela rainha D. Amélia em 1893 o Decreto da sua criação é datado de 28 de fevereiro de 1895. Decreto de 28 de fevereiro de 1895, Diário do Governo, 59 (1895-03-14).

¹⁰⁰ Garret, 1928.

¹⁰¹ Esta mudança de designação foi publicada pelo Ministério do Interior – Decreto de 16 de novembro 1910, Diário do Governo, 41 (1910-11-22).

¹⁰² De acordo com o Ministério da Fazenda – Decreto de 18 de julho de 1895, Diário do Governo, 163 (1895-07-24) e vários relatos na imprensa da época.

¹⁰³ Souza, 1915.

a existir, para além dos lactários de associações privadas, seis lactários municipais em 1925. Alguns desses lactários tinham serviços de assistência médica, como era o caso do lactário municipal nº 3 junto ao Jardim da Estrela, que passou para a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em 1927.¹⁰⁴

O Estado Novo continuou a manter os dispensários e a estimular as entidades privadas a criar outros, apostando de forma pouco organizada e até incipiente na criação de dispensários materno infantis públicos, apesar dos maus indicadores de mortalidade infantil e materna¹⁰⁵. O Posto de Proteção à Infância de Lisboa, organismo público fundado em 1926, recebia grávidas e crianças até aos dois anos. Funcionava em exíguas instalações, um rés-do-chão do mesmo edifício de habitação onde estava também a Inspeção de Saúde de Lisboa, no ano de 1940 atendia diariamente cerca de 271 crianças. Das suas atividades, faziam também parte os banhos de luz para prevenção do raquitismo, a distribuição de leite, a visita domiciliária e a vacinação. No Posto trabalhavam médicos e enfermeiras, na sua maioria visitadoras sanitárias¹⁰⁶.

Como vimos os Postos de Proteção à Infância ajudavam também a colmatar os problemas de subnutrição infantil nas camadas mais desfavorecidas da população¹⁰⁷. Mantinha-se, no entanto, a falta de assistência no parto e na infância. Segundo dados de 1943 os problemas ligados ao parto levavam à morte de setenta e cinco mulheres em cada mil, um número muito acima da média europeia. As miseráveis condições de vida de grande parte da população portuguesa, a escassez de serviços de proximidade, a ignorância dos progenitores, a credice que afastava as mulheres das consultas pré-natais, a escassez de maternidades e de profissionais de saúde, eram apontadas como causas destas mortes¹⁰⁸.

As Juntas Distritais criaram também dispensários materno infantis, para assistir os mais pobres. A do Porto, no início da década de 1930, teve a iniciativa de fundar um Instituto de Puericultura que agregou as várias instituições dependentes da Câmara Municipal do Porto e da Direção Geral de Saúde¹⁰⁹, concentrando o Lactário Municipal, o Posto de Proteção à Infância e o Dispensário de Higiene Social. Seis anos depois o Instituto tinha já

¹⁰⁴ Garret, 1928.

¹⁰⁵ A este propósito ver Barreto (org.), 2000.

¹⁰⁶ Pina Júnior - Posto de Proteção à Infância: Relatório de 1940. Lisboa: Direção Geral da Saúde Pública, fevereiro de 1941.

¹⁰⁷ Idem

¹⁰⁸ Lição proferida no Curso de aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por Francisco Homem, 1948 - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Lisboa, 1948, 207.

¹⁰⁹ Cardia, 1938.

sob sua alçada sete dispensários nas zonas mais afastadas da cidade do Porto¹¹⁰. Também a Junta Distrital de Lisboa chegou a ter um posto de puericultura no Liceu Maria Amália Vaz de Carvalho na década de 1940¹¹¹, e a Associação de Beneficência Júlia Moreira, por exemplo, instituiu a Creche Júlia Moreira, em 1936, integrada no “Centro Maternal e Infantil” que assistia grávidas e crianças, no Alto de S. João em Lisboa¹¹².

Como outros serviços atrás mencionados os Dispensários, os Postos de Proteção à Infância, os Lactários, as Creches, formaram um conjunto de ofertas dispersas, muitas vezes sem coordenação, como considerava Lopes Dias, pediatra e diretor do Dispensário de Puericultura de Castelo Branco, afirmando que *“Dispomos de alguns serviços modelares...mas são insuficientes, mal coordenados...Morre de fome e de ignorância uma grande parte das crianças portuguesas...”*¹¹³. No dispensário de Castelo Branco desempenhavam funções, além do médico, uma enfermeira visitadora. Ali se assistiam crianças e mães, proporcionando-lhes consultas médicas, vacinação, profilaxia antituberculosa e antissifilítica, assistência farmacêutica, alimentar e de vestuário às crianças. Em termos estatísticos 75% destas crianças *“eram deficitárias, débeis, raquíticas, abandonadas, esfomeadas, miseráveis.”*¹¹⁴. Lembremos que nas décadas de 1930 e 1940 as principais causas de mortalidade infantil estavam relacionadas com problemas associados à má nutrição, doenças infecciosas e tuberculose¹¹⁵.

Sobre as condições de vida e saúde das grávidas e das crianças, as insuficiências dos serviços e as determinantes sociais e económicas dos maus indicadores de saúde da altura, comentava Francisco Homem que *“é este o grande mal da província, o perigo alimentar rouba-nos milhares de crianças nascidas e as razões vão desde a ignorância mais completa, à miséria, à superstição e à hereditariedade mórbida.”*¹¹⁶. O mesmo médico frisava ainda que os resultados de um inquérito, realizado em 1947 em dezasseis concelhos rurais dos arredores de algumas cidades, tinham demonstrado que *“nada existe para vigilância organizada das grávidas, havendo ao todo e por junto 3 parteiras diplomadas e com partido municipal.”*¹¹⁷.

¹¹⁰ As fontes incluem o Decreto N° 20828, Diário do Governo, I Série, 23 (1932-01-28) 217-218 e Cardia, 1938.

¹¹¹ De uma obra da médica Morgado, 1942.

¹¹² Decreto n° 20828, Diário do Governo, I Série, 23 (1932-01-28) 217-218 e Cardia, 1938.

¹¹³ O médico realizou várias conferências sobre o assunto nomeadamente a que aqui referimos, Dias, 1936, p. 80-81.

¹¹⁴ Idem, p. 88-89.

¹¹⁵ Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento Destinado a Subdelegados de Saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, por Francisco Homem, 1948.

¹¹⁶ Idem, p.188.

¹¹⁷ Idem, p.189.

Os serviços estatais de cuidados às mães e crianças lutavam também com grandes dificuldades financeiras que os impediam de responder às solicitações e carências da população que serviam. Vejamos o exemplo do Posto de Proteção à Infância de Lisboa, onde em 1940, o seu diretor teve de “*regular todas as despesas do Posto dentro das verbas orçamentadas*”, situação que conduziu a um grande decréscimo no tratamento profilático da sífilis, do raquitismo e até nas vacinações¹¹⁸. O investimento feito pelo Estado nos serviços públicos de saúde era escasso e impedia que fossem melhoradas tanto a acessibilidade como a qualidade e diversidade dos serviços¹¹⁹.

O período de crise económica durante e logo após a Segunda Guerra Mundial, não favoreceu a melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil. Em 1946, o ministro da Economia, Daniel Barbosa, calculou os gastos das famílias com a alimentação chegando à conclusão que o ordenado médio de um operário em 1946 cobria apenas 61,5% das despesas necessárias para uma correta alimentação¹²⁰. As medidas de racionamento de consumo adotadas pelo governo, nomeadamente a nível alimentar, os baixíssimos salários, a pobreza urbana e a perseguição violenta aos mendigos, constituíram um outro lado da apregoada caridade de que o governo se fazia eco¹²¹. As medidas de proteção social aos mais pobres continuaram a ter apenas um cariz assistencialista.

Nas ruas das aldeias amontoavam-se os detritos, não existia saneamento, nem água canalizada e nas fossas a céu aberto chafurdavam “*porcos e crianças*”¹²². Nas cidades, nomeadamente nos bairros populares, a situação não era melhor, nas “ilhas” do Porto e nas “vilas” de Lisboa, as famílias amontoavam-se em casas minúsculas, sem iluminação e arejamento, em tudo desfavoráveis à saúde¹²³. A situação habitacional nos anos quarenta e cinquenta do séc. XX era de tal forma má que até as barracas dos bairros de lata eram arrendadas a preços elevados¹²⁴. As intenções natalistas e de engrandecimento da nação do Estado Novo confrontavam-se com a realidade dura do quotidiano. Mães e crianças morriam porque não existiam condições de vida dignas e os cuidados de saúde eram insuficientes, embora tais justificações não surgissem nos discursos do Estado Novo como causa dos elevados índices de mortalidade.

¹¹⁸ De acordo com o médico Pina Júnior- Posto de Proteção à Infância – Relatório de 1940. Lisboa: Direção Geral da Saúde Pública, fevereiro de 1941. p. 3

¹¹⁹ Lição proferida no Curso de aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge por Francisco Homem, 1948.

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Na sua tese de doutoramento o autor estudou precisamente as questões económicas e sociais deste período – Rosas, 1990.

¹²² Segundo o médico Marques, 1943.

¹²³ Isso mesmo é claro no estudo de Cascão, 2011, p. 22-55.

¹²⁴ Idem.

Os resultados em termos de mortalidade e morbidade materna e infantil teimavam em continuar longe do desejado, apesar da distribuição de competências assistenciais por várias entidades, de fazerem parte dos currícula para as alunas dos liceus e das escolas industriais as visitas a dispensários, institutos de puericultura e lactários, com aprendizagem prática de alguns cuidados básicos, e da obrigatoriedade do ensino de puericultura nos programas de ensino feminino e da Mocidade Portuguesa Feminina, a partir de 1936¹²⁵.

Pretendendo responder à falta de adequada assistência á maternidade e à infância, o Estado Novo criou, em 1943, o Instituto Maternal (IM), insistindo nas regras moralizantes e de confinamento das práticas de saúde ao espaço familiar, nomeadamente nas vantagens do parto no domicílio como “*lugar próprio para o nascimento dos filhos.*”¹²⁶. Reconhecia também que era necessário apoiar as mães na vigilância da gravidez e no parto, até para impedir que fossem “*assaltadas pelas ideias negras do desespero, do aborto ou do infanticídio*”¹²⁷, o que de resto importava prevenir no quadro da moral católica vigente. Embora fazendo notar que as maternidades não se deveriam substituir ao papel benéfico do ambiente familiar, o Estado propunha-se, através do IM, proporcionar assistência aos partos nas maternidades, criar postos de consulta pré-natal e pós-natal e acompanhar os partos no domicílio. Não se tratava de criar serviços, pois o Estado não estava nitidamente interessado em acrescentar quaisquer outros serviços aos já existentes, mas congregar os serviços de assistência materno-infantil sob a alçada de um só organismo.

O governo integrou no Instituto Maternal não só as maternidades de Lisboa, Santa Bárbara, Magalhães Coutinho e Alfredo da Costa, estabelecendo nesta última a sua sede, mas também todos os serviços públicos de assistência materno-infantil que até aí dependiam da Direção Geral de Saúde e das autarquias, incluindo os serviços da Organização Nacional Defesa da Família. Determinou, a partir de 1946, que a criação de qualquer obra de assistência materno-infantil teria de ser aprovada pela direção do Instituto¹²⁸.

Sobre o Instituto Maternal, Marinha Carneiro salienta a dimensão de controlo ideológico e político que a instituição detinha sobre os serviços de saúde materna e infantil¹²⁹. Prevvia-se uma *orientação doutrinal comum* e uma *centralização executiva*¹³⁰. Nitidamente o Estado Novo centralizava o poder para melhor poder difundir a sua

¹²⁵ Gato, 2013

¹²⁶ A ideia é clarificada no Decreto-Lei nº 32651, Diário do Governo, I Série, 26 (1943-02-02) 77-80.

¹²⁷ Idem.

¹²⁸ Despacho Ministerial de 7 de fevereiro de 1946, Diário do Governo (1946-02-07).

¹²⁹ Carneiro, 2008.

¹³⁰ Decreto-Lei nº 32651, Diário do Governo, I Série, 26 (1943-02-02) 77-80

ideologia, também em relação às vivências da vida familiar e da fecundidade, através do controlo dos serviços de saúde. Aliás a lei era bem explícita quando aliava à missão difusora de medidas de higiene e puericultura o “*combate às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação.*”¹³¹. A este propósito, Irene Pimentel reforça que as medidas implementadas em instituições de saúde dirigidas às mulheres e crianças durante o Estado Novo, seguiram o modelo dos regimes totalitários italiano e alemão, servindo essencialmente os interesses dos Estados que as impuseram¹³².

Apesar das dificuldades reconhecidas pelos próprios dirigentes, o Instituto Maternal subsistiu até ser integrado nos centros de saúde, a partir de 1971. A sua ação tornou-se visível essencialmente através dos seus dispensários materno-infantis. Estes e os cuidados no domicílio constituíram-se como espaços não só de cuidados físicos, mas também difusores das práticas de promoção da saúde e autocuidado que, embora integrados no âmbito do controlo social pretendido pelo Estado, tiveram muitas vezes características de intervenção comunitária com vista à melhoria das condições de vida e saúde das populações¹³³.

O combate às doenças infecciosas

A tuberculose, as doenças de transmissão sexual e outras associadas aos comportamentos foram das que mais atenção tiveram por parte do Estado. As epidemias mereceram especial atenção.

O combate à tuberculose tinha sido iniciado de forma organizada no século XIX através da criação quer de enfermarias próprias em hospitais, quer de sanatórios e dispensários, multiplicando-se as intervenções médicas e de carácter beneficente no sentido de, se não eliminar a doença, pelo menos controlá-la¹³⁴. Esse combate teve uma atenção redobrada por parte dos médicos e autoridades de saúde depois do 1º Congresso Médico Português, em 1895, e do 1º Congresso Nacional de Medicina, em 1898, que se debruçaram sobre o estudo desta patologia. Em 1899, por iniciativa da rainha D. Amélia de Orleans e Bragança, foi criada a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT)¹³⁵, no sentido de impulsionar a construção de hospitais, sanatórios e dispensários que dessem também apoio alimentar e terapêutico aos tuberculosos mais pobres.

¹³¹ Idem, Art.º 1, nº 5.

¹³² Tal como demonstra no seu estudo Pimentel, 2001.

¹³³ Entrevistas às enfermeiras Maria José Crespo, Eduarda Cabral Tinoco, Manuela Santos Pardal

¹³⁴ Mira, 1937.

¹³⁵ Rosa, 1980.

Em 6 de junho de 1900 foi inaugurado o primeiro sanatório da ANT, instalado na antiga fortaleza marítima do Outão, na Serra da Arrábida, cedida pela rainha. O primeiro dispensário foi inaugurado em 5 de junho de 1901 na Rua do Alecrim, em Lisboa, e em 1902 estava em funcionamento um outro dispensário, instalado a título provisório na Rua Nova do Almada¹³⁶. Apesar das dificuldades encontradas pela ANT, em 1905 já tinham sido fundados no país cinco dispensários (Lisboa, Faro, Bragança, Porto e Viana do Castelo) para tratar os doentes e organizar as campanhas de prevenção¹³⁷. A implantação da República, a participação na Primeira Guerra Mundial, a instabilidade política e económica, tornaram muito difícil a atividade da ANT, enquanto a morbilidade e mortalidade por tuberculose continuavam a ser um sério problema de saúde pública.

Refira-se que os dispensários antituberculosos exerciam, ao contrário de outros na Europa nomeadamente os fundados por Calmette em França, não só uma função profilática, mas também de tratamento e de algum apoio material. Além do diagnóstico e vigilância dos doentes, encaminhavam para internamento se tal fosse necessário, ofereciam a medicação e controlavam o cumprimento do esquema terapêutico, despistavam focos da doença e faziam a vigilância da situação de saúde das pessoas com quem os doentes contactavam. Para isso desenvolviam as suas atividades tanto no interior das suas instalações como nas escolas, associações e /ou domicílios dos doentes¹³⁸.

Dependentes da boa vontade dos seus sócios e das contribuições de outros benfeitores e população em geral, os dispensários da ANT enfrentaram dificuldades até para pagar as despesas correntes¹³⁹. As campanhas de vacinação com a vacina BCG, criada por Calmette no princípio do século, que se tinham iniciado em França e nos países do Centro e Norte da Europa na década de 1920, só principiaram em Portugal a partir de meados da década de 1930 ainda que com restrições, visto que a Direção Geral de Saúde dava indicação no sentido de que fossem as corporações (Casas do Povo, Casas dos Pescadores e Caixas de Previdência), a satisfazer as requisições dos médicos nos casos de pobreza¹⁴⁰. Isto, num país onde a tuberculose era a segunda causa de morte na década de 1940¹⁴¹.

Na falta de respostas públicas de iniciativa central do Estado eram as organizações distritais, Juntas dos Distritos, as Câmaras Municipais e os beneméritos privados que

¹³⁶ Carvalho, 1937.

¹³⁷ A sede da ANT e também dispensário, na Ribeira Nova em Lisboa, atual Avenida 24 de Julho junto ao Cais do Sodré, foi inaugurada em abril de 1906, em edifício da autoria do arquiteto Ventura Terra.

¹³⁸ Rosa, 1980.

¹³⁹ Carvalho, 1937.

¹⁴⁰ Conforme não deixava de notar Faria, 1934.

¹⁴¹ Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística - Anuário Demográfico 1940. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1941.

tentavam responder às necessidades de saúde das populações¹⁴². As colónias de férias para crianças pobres e débeis, organizadas por várias instituições, de que a do jornal “O Século” foi um exemplo, faziam igualmente parte de toda uma panóplia de ações preventivas que a sociedade civil organizava para debelar a tuberculose. Tudo isto sem que o Estado criasse um fio condutor e organizador destas ações¹⁴³.

Após amplas discussões sobre o papel do Estado no combate à tuberculose¹⁴⁴, o Decreto-lei 35108 tornou a Assistência Nacional aos Tuberculosos um organismo estatal, passando a ser denominada Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos (IANT)¹⁴⁵. O Estado Novo que tinha mantido subsídios de apoio à instituição acabou por assumir, o controlo e tratamento da tuberculose como assunto de responsabilidade pública¹⁴⁶. Mas o cenário de dificuldades não se alterou, chegando muitas vezes os responsáveis locais da instituição a comprar os medicamentos a expensas próprias¹⁴⁷. As décadas seguintes foram marcadas pela melhoria de algumas das estruturas físicas da Instituição, pelo encerramento de vários sanatórios e dispensários, pelo esforço de articulação com outras instituições e atualização dos regulamentos¹⁴⁸. Este movimento acompanhou a descida nos indicadores de mortalidade e morbilidade pela doença.

Também o combate às doenças de transmissão sexual, foi uma preocupação do Estado Novo. Embora o controlo de doenças como a sífilis, fosse uma realidade desde o século XVI, desenvolveu-se de forma significativa no século XIX e conheceu notável incremento depois do armistício de 1918¹⁴⁹. O problema tinha tal impacto social, essencialmente devido às malformações provocadas pela sífilis congénita, que pouco tempo depois do fim da Primeira Guerra Mundial, foi criada a União Internacional contra o Perigo Venéreo. A esta associação pertenciam cinquenta e cinco organizações de combate às doenças venéreas em trinta e cinco países, da França, ao Canadá e ao Japão¹⁵⁰. Pretendia-se um esforço internacional de controlo das doenças de transmissão sexual, preconizavam-se medidas de disseminação de informação à população sobre os perigos, formas de contágio e de prevenção, além de regras internacionais de controlo e vigilância de alguns grupos considerados de risco como prostitutas, marinheiros e imigrantes. Na década de 1920,

¹⁴² Bessa, 1940.

¹⁴³ Almeida, 2007.

¹⁴⁴ Bem documentadas aliás em Cardia e Morais, 1940.

¹⁴⁵ Aprovados pelo Subsecretário da Assistência Social em 23 de Janeiro de 1946.

¹⁴⁶ Assinalando o 50º aniversário da ANT - *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Lisboa: Instituto Central da ANT (Maio de 1959).

¹⁴⁷ Idem.

¹⁴⁸ Relatório de Atividades 1969/1970. Arquivo da ARSLVT.

¹⁴⁹ Bayet, 1928, p. 193-195.

¹⁵⁰ Idem.

quase todos os países europeus tinham dispensários antivenéreos, ou de consultas antivenéreas em dispensários gerais, e em alguns países existiam equipas móveis que faziam consultas médicas e tratamentos de forma itinerante¹⁵¹.

Em Portugal a primeira consulta específica para diagnóstico e tratamento da sífilis e de outras patologias de transmissão sexual foi instituída pelo médico Mello Breyner no final do século XIX, no Hospital do Desterro. Mas foi na primeira metade do século seguinte que se formaram os primeiros dispensários antivenéreos ou de higiene social¹⁵². Portugal integrou a União Internacional contra o Perigo Venéreo e aplicaram-se no país medidas semelhantes às que se preconizavam a nível internacional. Contudo, o controlo da prostituição passou a ser particularmente significativo a partir da década de 1930.

A posição do Estado português em relação à prostituição passou várias fases ao longo do tempo. Armindo de Sousa refere que nos séculos XIV e XV a o exercício da prostituição era regulado pelas câmaras municipais¹⁵³. No século XIX, o Código Administrativo de 1836 impunha o controlo policial da prostituição. Alguns anos mais tarde os Regulamentos Sanitários de Lisboa e Porto previam as *matrículas das meretrizes* e a inspeção sanitária obrigatória devido ao aumento de casos de sífilis¹⁵⁴.

A Primeira República não proibiu a prostituição e, nos seus primeiros 35 anos de existência, o Estado Novo teve uma política ambivalente, deixando aos Governos Cíveis a possibilidade de decidirem localmente sobre essa matéria. As prostitutas eram designadas “toleradas”, o que implicava uma certa legitimação, sendo forçoso que se registassem no Governo Civil da área onde lhes era concedida uma caderneta e estabelecida a obrigatoriedade de inspeção médica anual. A prostituição clandestina era exercida sem registo e sem fiscalização sanitária.

Com a reforma dos serviços de saúde, em 1926, o “*Serviço de fiscalização e profilaxia das doenças venéreas*” detinha, no Dispensário Oriental de Lisboa, um “*Serviço de Inspeção às Toleradas*”, onde se fazia o diagnóstico e tratamento das DST das prostitutas de Lisboa¹⁵⁵. Aí se verificava se existiam mulheres em “*condições improprias para o exercício da prostituição*”, tratando-as ou enviando-as para o hospital quando necessário. As mulheres portadoras de lesões crónicas incompatíveis com o exercício da prostituição

¹⁵¹ Também na mesma revista da Cruz Vermelha um outro médico relata os esforços internacionais de combate às patologias de transmissão sexual - Humbert, 1928.

¹⁵² Segundo a obra de Faria, 1934 e o preâmbulo do Decreto nº 14803, Diário do Governo. Série I, 290 (1927-12-30) 2447-2448.

¹⁵³ Sousa, 1993, p.431.

¹⁵⁴ Alves, 2009.

¹⁵⁵ Tal como evidenciam os relatórios de Alfredo Tovar de Lemos Júnior – Relatório do Serviço de Inspeção às Toleradas no Dispensário Oriental de Lisboa - ano de 1928. Lisboa: DGS, 1929.

eram enviadas compulsivamente para as suas terras de origem ou internadas em instituições de assistência¹⁵⁶, repetindo estratégias já utilizadas pelas autoridades no séc. XVIII¹⁵⁷.

A abertura de dispensários designados de *Higiene Social*, em Lisboa e Porto, preconizada por decreto de 1927 tinha como objetivo diagnosticar e tratar a *sífilis e moléstias venéreas*, tentando organizar este serviço a nível nacional¹⁵⁸. A Direção Geral da Saúde criou, em 1929, o seu primeiro Dispensário de Higiene Social em Lisboa, integrando nesse serviço o combate às doenças venéreas, uma secção de vacinação, e outra de doenças profissionais, e o serviço de inspeção às toleradas¹⁵⁹. Tentava-se diversificar os serviços destes dispensários para responder não só às questões da “defesa contra o perigo venéreo”, mas também à prevenção de doenças evitáveis¹⁶⁰.

Os dispensários de higiene social espalharam-se pelo país e, em 1945, existiam dispensários em Lisboa e Porto, Benavente, Bragança, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Funchal, Guarda, Horta, Lamego, Matosinhos, Olhão, Ponte de Lima, Serpa, Setúbal, Sintra e Viana do Castelo, embora nem todos tivessem um serviço específico para inspeção das toleradas. Esta expansão de serviços fez-se com alguma celeridade, mas dependeu da boa vontade e da iniciativa dos delegados de saúde locais¹⁶¹.

A problemática da exiguidade de recursos humanos e materiais que permitissem aumentar a quantidade e qualidade dos serviços, tal como em todos os outros serviços públicos, era uma realidade que exasperava os responsáveis médicos¹⁶². O quadro seguinte mostra a atividade de inspeção de toleradas no Dispensário de Higiene Social de Lisboa nas décadas de 1930 e 1940.

Quadro 2 - Número de “toleradas” observadas no Dispensário de Higiene Social de Lisboa de 1930-1947

¹⁵⁶ Idem, p. 3

¹⁵⁷ Liberato, 2002.

¹⁵⁸ Decreto 14803, Diário do Governo. I Série, 290 (1927-12-30) 2447-2448.

¹⁵⁹ Faria, 1934, p.195.

¹⁶⁰ Idem.

¹⁶¹ Conforme os relatórios de dois médicos que durante vários anos exerceram, e dirigiram, (n)os dispensários de Higiene Social: A. Tovar de Lemos – Dispensários de Higiene Social: relatório de 1941-1944. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 1945; Sousa Fialho - O Dispensário de Higiene Social de Setúbal: Relatório de 1934. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 1935.

¹⁶² Como aliás é notório nos relatórios de A. Tovar de Lemos – Dispensários de Higiene Social: relatório de 1945. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 1946, p. 56.

Anos	Número de toleradas observadas
1930	403
1935	755
1940	1031
1945	924
1947	649

Fonte: A. Tovar de Lemos – Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947¹⁶³

Os números permitem-nos perceber a oscilação no atendimento de prostitutas no dispensário, atribuída pelo responsável não só à incapacidade da instituição para dar resposta às solicitações, mas também às alterações em termos do número de prostitutas “matriculadas” no governo civil e ao aumento da prostituição clandestina¹⁶⁴.

Com a reforma de Trigo de Negreiros os dispensários de Higiene Social ganharam autonomia administrativa e foram-lhes atribuídas novas funções¹⁶⁵. Esta situação conduziu a que o novo dispensário de Higiene Social do Porto, inaugurado em 1947, integrasse serviços de dermatovenerologia, ginecologia, radiologia, luta anti tracomatosa, profilaxia estomatológica e da surdez, fisioterapia e laboratório¹⁶⁶. Muitas vezes, por não terem instalações próprias, os serviços dos dispensários de higiene social acabavam por funcionar em espaços cedidos pelas câmaras municipais, e pelas Misericórdias, geralmente a título provisório, resultante de boa vontade dos dirigentes dessas instituições e a pedido dos médicos responsáveis¹⁶⁷.

A lei de “*luta contra as doenças contagiosas*”, publicada em agosto de 1949, delegou nos serviços de saúde, através da Direção Geral de Saúde, a intervenção no controlo destas doenças, incluindo as medidas repressivas. Uma das suas atribuições era “*promover o exame sanitário das pessoas que se entreguem à prostituição*”¹⁶⁸, sendo para isso necessário elaborar um ficheiro de controlo. Esta legislação trouxe alterações significativas para a atuação dos serviços de saúde, desde logo porque proibiu novos registos de prostitutas e a abertura de novas casas de toleradas, cabendo à autoridade de saúde a decisão do encerramento das existentes. A acompanhar estas medidas estavam também ordens de prisão, multa, ou internamento para quem tendo uma doença venérea contaminasse outrem¹⁶⁹. A mesma lei reforçou o papel dos dispensários no combate

¹⁶³ Os dados apresentados figuram em A. Tovar de Lemos – O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1947. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 1948. p. 23.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Conforme o relatório do seu diretor, o médico Mário Cardia – Dispensário de Higiene Social do Porto - Relatório do seu diretor Dr. Mário Cardia, anos de 1948, 1949 e 1950. Porto: Direção Geral da Saúde, 1951.

¹⁶⁶ Idem.

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Lei n° 2036, Diário do Governo, Série I, 175 (1949-08-09) 559-562, Base III, Alínea c).

¹⁶⁹ Idem, Base XXV.

às doenças infecciosas, dando especial ênfase à necessidade de controlo das patologias de transmissão sexual, insistindo na formação dos profissionais nesta área específica. Era claro o caráter impositivo e policial do controlo sobre as prostitutas, numa afirmação do biopoder do Estado, nos anos cinquenta do séc. XX. Mas este movimento de controlo policial por parte do Estado não estava muito afastado do que tinham sido as práticas no século XIX tanto em Portugal como na Europa¹⁷⁰.

Em 1962 foi proibido o exercício da prostituição com efeitos a partir de 1 de janeiro de 1963. A legislação em causa, da responsabilidade dos Ministérios do Interior e da Saúde, exigiu ainda que fossem queimados os livretes de matrícula, livros de registo e todos os documentos que a esse respeito existissem¹⁷¹. Os dispensários de higiene social continuaram a tratar e a cuidar das toleradas, mas sem o dever e a obrigatoriedade da vigilância anual. A partir daí, tratavam-se doenças, não as meretrizes.

Neste contexto poder-se-ia pensar que a existência dos dispensários de higiene social se deveu à conjuntura de controlo exercida pelo regime ditatorial de Salazar, mas tal não se nos afigura plausível. Estes dispensários, como já vimos, eram uma realidade em toda a Europa e concretizavam uma das formas de biopoder claramente assumidas pelos Estados tanto ditatoriais como democráticos. Em Portugal, subsistiram até serem integrados nos centros de saúde assumindo, alguns deles, o caráter de serviço específico.

A saúde para todos – outras preocupações

Desde o início da ditadura que, mesmo entre os defensores do regime, se levantaram vozes a favor dos mais pobres e de uma prestação de cuidados de saúde que fosse promotora de maior dignidade e inclusão. A discussão das prioridades e dos modos de fazer, em termos de políticas de saúde e formulações institucionais, foram motivo para acessos debates entre os partidários do papel supletivo do Estado e os que exigiam que este tivesse maior protagonismo enquanto prestador de cuidados.

Uma das vozes críticas em relação aos recursos atribuídos à saúde e assistência foi a da deputada e médica Maria Luisa Van Zeller que, na Assembleia Nacional questionou, de forma acutilante, os gastos com determinadas obras públicas comparando-os com a escassa fatia do orçamento do Estado destinada a estas duas áreas, considerando que só se deveria gastar em supérfluo quando as necessidades básicas de toda a população estivessem satisfeitas¹⁷². Lamentava a quantidade de crianças a mendigar, e a incapacidade

¹⁷⁰ Liberato, 2002.

¹⁷¹ Conforme previsto no Decreto-Lei nº 44579, Diário do Governo, Série I, 216 (1962-09-19) 1245-1246.

¹⁷² Maria Luísa Van Zeller - Intervenção na Assembleia Nacional, Diário das sessões, 25 de março de 1947, p. 1042

de resposta dos hospitais, e de outros serviços de saúde e assistência, por falta de recursos¹⁷³. E questionava se “*não seria mais educativo, mais humano e de melhor política social apostar na melhoria destes serviços?*”¹⁷⁴.

Também os dirigentes da saúde e os seus profissionais se dividiram sobre a questão. O Diretor Geral da Saúde entre 1928 e 1946, José Alberto de Faria, dividido entre as suas próprias convicções sobre as políticas de saúde e as obrigações e limitações do seu cargo, foi pioneiro no desenvolvimento de alguns serviços que se constituíram como experiências inovadoras no sentido de permitir melhorar o acesso dos mais carenciados a cuidados de saúde.

A ideia da criação de centros de saúde surgiu em Portugal pela mão de José Alberto de Faria, em 1934. Anos antes, em 1931, tinha reunido em Budapeste sob os auspícios da Sociedade das Nações a Conferência Europeia de Higiene Rural. Nessa conferência propunha-se a criação de “*centros de saúde rurais*, definindo-os como *uma instituição que tem por objecto a melhoria da saúde e do bem-estar de uma determinada região*”¹⁷⁵. A sua ação poderia ser desenvolvida quer centralizando num mesmo edifício os vários programas de saúde, quer coordenando sobre uma mesma tutela, a do médico sanitário, os vários organismos de saúde e sociais existentes, num esforço de coordenação a nível local. A ideia dos centros de saúde tinha sido inspirada nos Health Centers norte-americanos que davam os primeiros passos como instituição inovadora nesse país com o apoio da Fundação Rockefeller¹⁷⁶. Em função dos modelos de referência e das problemáticas epidemiológicas nacionais, os programas dos centros de saúde incluíam a luta contra as doenças infecciosas e sociais, saúde escolar, proteção da saúde materna e infantil, educação para a saúde, saúde ambiental, vigilância da qualidade dos alimentos e prestação de primeiros socorros¹⁷⁷.

Os centros de saúde, financiados pelo Estado, poderiam dividir-se em centros de saúde primários e secundários, podendo os primeiros ter “anexos” (extensões para áreas geográficas mais restritas). Os recursos humanos a afetar incluíam um diretor, médico higienista especializado ou facultativo com formação em *higiene social e medicina preventiva*, enfermeiras visitadoras, parteiras, inspetor sanitário. Ao centro de saúde

¹⁷³ Maria Luísa Van Zeller, Intervenção na Assembleia Nacional, Diário das sessões, 25 de março de 1947, p. 1041

¹⁷⁴ Idem, p. 1041

¹⁷⁵ Conforme descrito por Faria, 1934, p. 377.

¹⁷⁶ Isso mesmo é referido na obra sobre os centros de saúde da autoria do então diretor geral de saúde - Faria, 1940.

¹⁷⁷ Isso mesmo estava nos planos de José Alberto Faria - Faria, 1934.

secundário cabia a coordenação e direção dos centros de saúde primários, constituindo-se como órgão de “*ligação entre eles e todos os organismos de higiene pública e assistência*”¹⁷⁸.

Com base nestas ideias e experiências José Alberto de Faria, que já tinha obtido apoio para alguns dos seus projetos¹⁷⁹, propôs em 1934 as bases para a organização dos serviços de saúde pública em Portugal através da criação de centros de saúde locais à medida dos recursos financeiros do Estado o que, na sua perspetiva, permitiria a prestação de cuidados de saúde a toda a população. Só o entusiasmo e insistência do diretor-geral de saúde possibilitaram que surgissem os primeiros centros de saúde públicos, já que acalentava o sonho de que todos os portugueses pudessem vir a usufruir “*dessa magnífica instituição*”¹⁸⁰.

Os primeiros centros de saúde, criados em 1934¹⁸¹ e regulamentados em 1935¹⁸², foram os de Lisboa, Almeirim, Elvas, Figueiró dos Vinhos, Sesimbra e S. João da Madeira. Estes centros de saúde foram dirigidos pelo médico António de Carvalho Dias¹⁸³ que, enquanto Inspetor-adjunto da Direção Geral de Saúde, responsável pela Inspeção de Epidemias e Profilaxia das Moléstias Infeciosas, assumia o cargo de Superintendente dos Centros de Saúde¹⁸⁴. A nível local os centros de saúde eram presididos pelos delegados de Saúde.

A população alvo destes centros de saúde, ao contrário do modelo preconizado, eram os pobres e estes, tal como em todos os serviços públicos de saúde, precisavam de fazer prova da sua condição, devendo os municípios informar a Direção Geral de Saúde sobre o número de *indigentes* registados¹⁸⁵. E disso dá nota carta do Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra ao responsável nacional pelos centros de saúde, “*o número de indigentes inscritos nas duas freguesias deste concelho é de 161 e que a todos eles foi fornecido na Administração do Concelho um bilhete de identidade,*

¹⁷⁸ Sobre o assunto da organização detalhada dos centros de saúde ver Faria, 1940.

¹⁷⁹ Conforme o Decreto-Lei nº 22386, Diário do Governo, I Série, 75 (1933-04-01) 446.

¹⁸⁰ As vantagens dos centros de saúde são acentuadas em Faria, 1940.

¹⁸¹ A este propósito ver Despacho Ministerial de 6 de outubro de 1934, Diário do Governo, Série I, 238 (1934-10-10) 1843-1844.

¹⁸² Através do Despacho Ministerial de 20 de março de 1935, Diário do Governo. Série II, 67 (1935-03-22).

¹⁸³ Lição proferida no 16º Curso de Aperfeiçoamento destinado a subdelegados de saúde em 1960 no ISHRJ por Fernando Silva Correia - A atualização do papel dos subdelegados de saúde. In *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência, Direção Geral da Saúde. 7:1 (1961) 145.

¹⁸⁴ Conforme António Carvalho Dias - [Carta] 1937 maio 27, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

¹⁸⁵ Virgílio Preto [Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 maio 24, Sesimbra [a] António Carvalho Dias [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde - 1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

igual ao que junto, cuja apresentação é obrigatória para o efeito de receberem tratamento no Centro de Saúde”¹⁸⁶. A gestão dos edifícios e equipamentos ficou sob responsabilidade das Câmaras Municipais¹⁸⁷, tal como o pagamento dos médicos municipais, enquanto que à DGS competia o fornecimento de materiais clínicos específicos e de medicação e o pagamento dos vencimentos das enfermeiras e do delegado de saúde¹⁸⁸.

Das inúmeras dificuldades com que se defrontaram os primeiros centros de saúde, as mais evidentes foram, para além das económicas, a falta de recursos humanos, nomeadamente de médicos e enfermeiras visitadoras. A responsabilidade pela sustentabilidade financeira dos centros de saúde era remetida para o poder local e para as entidades civis dos concelhos, através de subsídios mensais que, ou não eram entregues, ou chegavam atrasados¹⁸⁹.

Rapidamente estes centros de saúde foram encerrados, não resistindo às orientações corporativas do regime. Não chegava a vontade de José Alberto de Faria para manter em funcionamento o projeto de uma rede de centros de saúde concelhios, que, de resto, ia contra a política do Estado Novo, que não via com bons olhos a “estatização” dos serviços de saúde. A proliferação das Casas do Povo e dos Pescadores, e a implementação do Instituto Maternal, aliadas ao desinteresse das próprias entidades públicas, à falta de vontade política e de verbas, fizeram soçobrar os primeiros centros de saúde¹⁹⁰.

A ideia de um Estado corporativo, plasmada na Constituição de 1933, impulsionou a criação de instituições de seguros sociais obrigatórios, que prestassem além de apoio social, cuidados de saúde aos seus associados. Surgiram assim as Casas do Povo em 1933¹⁹¹, as Caixas de Previdência dos sindicatos em 1935¹⁹² e as Casas dos Pescadores

¹⁸⁶ Idem.

¹⁸⁷ Conforme clarificado em Carlos Ferreira Lourinha [Vice-presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra] - [Carta] 1937 novembro 2, Sesimbra [ao] Diretor Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

¹⁸⁸ Conforme a correspondência do Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra - [Carta] 1937 maio 24, Sesimbra [ao] Diretor Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal; Vice-Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra - [Carta] 1937 novembro 2, Sesimbra [ao] Diretor Geral de Saúde [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

¹⁸⁹ António Carvalho Dias - [Carta] 1937 julho 21, Sesimbra [ao] Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Sesimbra [Manuscrito]: Correspondência com a Direção Geral de Saúde -1921 a 1964. 1937. Acessível no Arquivo Municipal de Sesimbra, SSR P/D 01, Sesimbra, Portugal.

¹⁹⁰ Ver a minha tese de doutoramento: Gato, 2013.

¹⁹¹ Criadas pelo Decreto-Lei, nº 23051, Diário do Governo, Série I, 217 (1933-09-23), p.1662-1664

¹⁹² As Caixas de Previdência foram regulamentadas pelo Decreto nº. 25935, Diário do Governo, Série I, 237 (1935-10-12), pp. 1465-1476.

em 1937¹⁹³, destinadas a populações específicas. Estas organizações tornaram-se de inscrição obrigatória para os trabalhadores e implicavam um pagamento mensal dos seus associados para fazer face às despesas, acentuando desigualdades, pois só tinham cuidados médicos as organizações que os pudessem pagar. Surgiam novas organizações a juntarem-se à panóplia das já existentes.

As dificuldades de articulação e a disputa pelos cuidados de saúde eram uma realidade. Estando o regime consciente da relevância de atuação no campo da saúde, e do impacto positivo que esta tinha, considerava que deveriam ser os organismos corporativos, ou seja, Casas do Povo, Casas dos Pescadores e Caixas de Previdência, a não prescindirem das suas atribuições no campo assistencial, até porque estas “aliviavam” o Estado de obrigações assistenciais. O governo, considerava os cuidados de saúde, mesmo os prestados aos mais pobres, como campo de doutrinação e de proventos políticos.

Os dirigentes corporativos, conforme se depreende do preâmbulo da proposta de criação da federação das Casas do Povo, da autoria do então Ministro das Corporações, Henrique Veiga de Macedo, comentavam a necessidade de articulação com os serviços públicos e particulares de assistência, considerando que

Se há que impedir sobreposições ou desdobramentos inconvenientes, parece que não devem ser os organismos corporativos, designadamente as Casas do Povo, a desistir da realização das suas tarefas, até porque isso equivaleria à negação prática do princípio corporativo consagrado no texto constitucional¹⁹⁴.

Queixava-se o deputado Mello e Castro¹⁹⁵ em 1961 que os serviços de saúde corporativos, baseados em seguros, não abrangiam um quinto da população, e mesmo assim eram atribuídos *“benefícios exíguos e ineficazes nos riscos que mais interessam – a invalidez e a doença prolongada.”*¹⁹⁶. O mesmo deputado não deixava de referir a descoordenação dos serviços de saúde, nomeadamente dos corporativos e dos públicos, os primeiros integrados na Previdência e por isso dependentes do Ministério das Corporações e os segundos dependentes do Ministério da Saúde. Descoordenação essa que considerava responsável pela ineficácia e desperdício económico de todo o sistema

¹⁹³ As Casas dos Pescadores foram criadas pela Lei N° 1953, Diário do Governo, Série I, 58 (1937-03-11), pp. 207-208.

¹⁹⁴ Relatório da Proposta de Lei enviada à Assembleia Nacional, 12 de janeiro de 1957, p. 200 in Lopes, 1958, p. 200

¹⁹⁵ José Guilherme Rato de Mello e Castro foi Governador Civil de Setúbal de 1944 a 1947, Subsecretário de Estado da Assistência Social entre 1954 e 1957, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa entre 1957 e 1963 e Presidente da Comissão Executiva da União Nacional no período de 1968 a 1972.

¹⁹⁶ Intervenção do deputado Mello e Castro na Assembleia Nacional, Diário das Sessões, n° 216 de 28 de abril de 1961, p. 889

de proteção social. Os seus argumentos escudavam-se no parecer da Camara Corporativa de seis de abril desse mesmo ano, que propunha a criação de um serviço nacional de saúde, que integrasse e unificasse as atividades das várias instituições e ministérios na área da saúde¹⁹⁷. Defendia Mello e Castro que esse Serviço Nacional de Saúde, que via como unitário, podia ter uma estrutura mista e integradora que abarcasse instituições privadas, as de solidariedade, as corporativas e as públicas. Relembrava ainda que eram tantas e vastas as carências em matéria de assistência, acentuando desigualdades na população, que *“o serviço nacional de saúde seria já um grande passo quando assegurasse a todo o País - como um direito de toda a população - só a cobertura médica curativa elementar”*¹⁹⁸. Seria, segundo ele, *“a oportunidade para se definir finalmente um sistema de segurança social complexo, universal, igualitário, solidário. Ajudaria a desvanecer injustas diferenças de bem-estar entre regiões rurais atrasadas e regiões industriais evoluídas”*¹⁹⁹.

Este destacado membro da União Nacional, ousava dizer que o sistema existente era claramente injusto e não satisfazia as necessidades dos mais pobres, e menos ainda as dos que habitavam as zonas rurais do país, apelando à solidariedade e a uma política de saúde mais justa e igualitária. Arriscou sugerir a criação de um serviço nacional de saúde, o que no período de 1946-1960, seria claramente visto como impensável, dadas as críticas constantes ao modelo de Beveridge²⁰⁰. Não deixava de se reconhecer que o preço dos cuidados de saúde, nomeadamente em situações de doença grave ou prolongada, acarretava para os indivíduos e famílias mais pobres gastos inoportunos que punham em causa a própria subsistência económica das famílias²⁰¹. Mas em 1961 a ideia de um Serviço Nacional de Saúde não encontrou apoio. Os maiores adeptos do regime não consideravam plausível a “saúde para todos”, especialmente os que conduziam os destinos dos organismos corporativos e do Ministério das Corporações²⁰². Mas a ideia dos centros de saúde tinha ganho adeptos, entre eles o próprio Mello e Castro, que os implementou na Misericórdia de Lisboa durante os anos em que foi provedor da instituição.

¹⁹⁷ Parecer da Câmara Corporativa sobre o Projeto de Lei Reforma da Previdência Social, Atas da Câmara Corporativa de 6 de abril de 1961

¹⁹⁸ Intervenção do deputado Mello e Castro na Assembleia Nacional, Diário das Sessões, nº 216 de 28 de abril de 1961, p. 889.

¹⁹⁹ Idem.

²⁰⁰ A este propósito veja-se “O Plano Beveridge – com um estudo do Prof. Marques Guedes”, Editorial O Século, 1943

²⁰¹ Parecer da Camara Corporativa sobre o Projeto de Lei Reforma da Previdência Social, Atas da Câmara Corporativa de 6 de abril de 1961, p. 1259

²⁰² Neste sentido são abundantes as fontes em que é feita por estes dirigentes a apologia do Estado mínimo em termos de assistência.

Em 1971, sob o governo de Marcelo Caetano, a ideia dos centros de saúde renasceu através de três dirigentes do Ministério da Saúde, o ministro da saúde, Baltazar Rebelo de Sousa, o Secretário de Estado da Saúde, Gonçalves Ferreira, principal ideólogo, e Arnaldo Sampaio, Diretor Geral de Saúde, estes médicos e defensores do Estado Social, lideraram o processo de implementação dos centros de saúde a nível nacional. A legislação conhecida entre os profissionais de saúde como “Lei de Gonçalves Ferreira”, o decreto lei 413/71, inovou no reconhecimento da saúde como direito. Em 1970, o ministro anunciava a criação de centros de saúde modelo em Guimarães, Vizela, Taipas e Pevidém²⁰³. A nova política de saúde que então emergia, pretendia, tal como acentuou num discurso de 1971 o então secretário de estado, *“serviços de saúde que visam a cobertura sanitária da população em geral, a fim de assegurar-lhe os benefícios da aplicação dos meios preventivos e de fomento da saúde, a prestação necessária de cuidados médicos e a integração dos indivíduos portadores de deficiência...”*²⁰⁴. Claramente o discurso era de serviço público para todos e não só para os pobres. Ao invés de uma política em que o Estado assumia um papel supletivo, visão tantas vezes sublinhada pelos anteriores protagonistas das políticas de saúde em Portugal, Gonçalves Ferreira preconizava a responsabilização total do Estado²⁰⁵ pelos serviços de saúde. Politicamente Baltazar Rebelo de Sousa assumia que desejava

uma sociedade portuguesa aberta a todos, na plena igualdade dos seus filhos perante a lei, serviços, deveres e benefícios; uma sociedade portuguesa na busca de um desenvolvimento integrado, em que a uma visão bipolar dos problemas sociais se substitui uma justiça social cada vez mais efectiva; uma sociedade em que essa justiça signifique amplo reajustamento na repartição de rendimentos, de forma a promover a níveis apreciáveis de vida os indivíduos e sectores mais vulneráveis²⁰⁶.

Embora o lema de Marcelo Caetano, explícito no seu discurso de tomada de posse, pretender *“renovação na continuidade”*²⁰⁷, Baltazar Rebelo de Sousa quebrou, em termos concretos, a continuidade, embora publicamente sempre apoiasse a política governamental.

²⁰³ Assembleia Nacional - Diário de 30 de Abril de 1970: Sessão de 29 de Abril de 1970, Diário das Sessões da Assembleia Nacional, pp. 938-939.

²⁰⁴ Gonçalves Ferreira - Discurso em 19 de janeiro de 1971, em Lisboa, na cerimónia de inauguração de dois postos clínicos da Caixa de Previdência e Abono de Família e dos Serviços Médico-sociais do Distrito de Lisboa. In Boletim de Documentação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família, Lisboa. 1:1 (janeiro de 1971).

²⁰⁵ Idem

²⁰⁶ Intervenção de Baltazar Rebelo de Sousa - Estado Social: doutrinação, acção política, participação. In Congresso da Ação Nacional Popular, Tomar, 1973 - Comunicação apresentada à 1ª secção do Congresso da Acção Nacional Popular. Tomar, 1973.

²⁰⁷ Isso mesmo é defendido por Marcelo Caetano - Discurso de tomada de posse, in Caetano, 1969.

Estava consciente de que era difícil coadunar os pontos de vista diversos em relação à política a seguir, pois o seu próprio partido, designado nessa altura como Ação Nacional Popular, se dividia “entre os que acentuavam o pendor para o “continuismo” e os que colocavam o acento tónico no carácter evolutivo do processo iniciado em 1968.”²⁰⁸. O ministro da saúde defendia que a evolução da sociedade portuguesa exigia novos modelos políticos. Pretendia Rebelo de Sousa, que dentro dos “marcelistas” era um dos *reformistas mais ousados*²⁰⁹, mudanças na participação política, na justiça social, no desenvolvimento económico, no assegurar de direitos e liberdades fundamentais, nas políticas de saúde e de segurança social e até na organização do próprio Estado, argumentando que cabiam na “*fórmula consagrada de Marcelo Caetano diferentes e ricas manifestações de uma ampla reforma da sociedade portuguesa*”²¹⁰.

Manifestando-se contra o neoliberalismo, que considerava inimigo da salvaguarda dos direitos sociais, mas também contra o marxismo e todos os modelos políticos “radicais”, o ministro defendia o primado da pessoa, a proteção dos seus direitos e o estado social. Este último assente num contrato social que protegesse os direitos individuais e a existência comunitária, em que o Estado asseguraria a todos, através de clara intervenção económica e social, o acesso à saúde, à educação e à segurança social. Advogava que o Estado deveria tomar a seu cargo atividades de interesse coletivo, como as atrás mencionadas, e intervir na coordenação de toda a vida económica e social, com vista a garantir a equitativa repartição de recursos, a promoção social da pessoa e o estímulo e enquadramento da iniciativa privada²¹¹.

Assim à continuidade preconizada por Marcelo Caetano²¹², Baltazar Rebelo de Sousa contrapôs ruturas que foram claramente assumidas nas políticas que implementou. Só esta determinação do ministro tornou possível a criação de uma rede pública de cuidados de saúde, em que se igualavam no acesso todos os portugueses. O Decreto-Lei 413/71 propôs a reconversão orgânica dos serviços de saúde para que estes pudessem assegurar a toda a população um “*nível aceitável*” de cuidados. A legislação integrou nos centros de saúde os médicos municipais, as delegações de saúde, os dispensários do Instituto Maternal e os de Higiene Social. O pensamento político e a capacidade de concretização

²⁰⁸ Idem, p. 6.

²⁰⁹ Isso mesmo é defendido por Rosas, 1999.

²¹⁰ Conforme as ideias expressas em discurso por Baltazar Rebelo de Sousa - Estado Social: doutrinação, acção política, participação. In Congresso da Ação Nacional Popular, Tomar, 1973 - Comunicação apresentada à 1ª secção do Congresso da Ação Nacional Popular. Tomar, 1973.

²¹¹ Idem, p. 25.

²¹² A este propósito consultar Rosas, 1994.

dos seus criadores tornaram a rede de centros de saúde o desenho embrionário de um serviço nacional de saúde, ainda em tempo de ditadura²¹³.

Com uma perspetiva organizacional integradora, os centros de saúde enfrentaram grandes dificuldades de implementação que atribuímos aos legados anteriores, em termos de políticas de saúde que privilegiaram o corporativismo e a organização dos serviços de saúde por tipologia de cuidados a prestar²¹⁴.

Apesar de todos os obstáculos colocados, quer pelos dirigentes corporativos quer pelos opositores ao papel de prestador do Estado, em agosto de 1973 estavam em funcionamento cento e vinte e dois centros de saúde no país: cento e oito centros de saúde concelhios e catorze centros de saúde distritais²¹⁵. Conjugava-se ainda neste cenário um ambiente económico e social favorável, caracterizado pela maior urbanização, pelo desenvolvimento da indústria e do setor de atividade terciário, com reflexos no aumento do Produto Interno Bruto (PIB)²¹⁶. Era a oportunidade de aumentar a probabilidade de os mais pobres terem acesso a cuidados de saúde. Abaixo um quadro que mostra a evolução dos indicadores de saúde entre 1960 e 1975.

Quadro 3 - Taxas de mortalidade materna e infantil entre 1960 e 1975 (‰)

Indicadores de saúde	1960	1965	1970	1975
Taxa de mortalidade materna	115,5	84,6	73,4	42,9
Taxa de mortalidade infantil	77,5	64,9	55,5	38,9

Fonte: PORDATA²¹⁷

De facto, embora não possamos estabelecer que esta evolução dos indicadores de saúde se deva a determinantes de saúde específicos, o facto é que entre 1970 e 1975 existiu um avanço significativo, que poderemos também atribuir ao sucesso dos programas de saúde dos então recentes centros de saúde, em que se incluíam a saúde materna, a vacinação,

²¹³ Isso mesmo defendeu mais tarde o antigo ministro em artigo escrito sobre o assunto - Sousa, 1995. Também outros protagonistas da criação da rede de centros de saúde em 1971 defenderam a mesma ideia - Ferreira, 1990; Reunião de trabalho efetuada no INSA em 2 e 3 de Novembro de 1973, intervenção de Arnaldo Sampaio - Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa, III (1974).

²¹⁴ Esta permanência de legados anteriores é enfatizada por Simões, 2005.

²¹⁵ Reunião de trabalho efetuada no INSA em 2 e 3 de novembro de 1973 por Aloísio Coelho et al – Cuidados primários ou de base e a orgânica da cobertura médico-sanitária do país. In Institutos Nacionais de Saúde: as suas atribuições na investigação em saúde. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa. III (1974), pp. 45-55.

²¹⁶ Barreto (org.), 2000.

²¹⁷ PORDATA. Disponível Internet: <http://www.pordata.pt/>.

o planeamento familiar e saúde infantil, programas de saúde de acesso universal tendo apenas como limite a faixa etária dos utentes.

Conclusão

O Estado Novo proporcionou cuidados de saúde aos mais pobres marcados quer pelo apelo à caridade, quer à repressão, numa linha de ação não muito diversa do que aconteceu em séculos anteriores. Sendo o regime claramente contra a concentração de serviços, e de profissionais de saúde, que poderiam instigar a ideia de que caberia ao Estado a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde, estimulou a iniciativa privada e insistiu na responsabilidade das famílias. Continuou e criou uma multiplicidade de serviços públicos, muitas vezes descoordenada e sempre com escassos recursos, o que conduziu à proliferação de instituições a que não correspondiam resultados na melhoria dos indicadores de saúde. Fomentou e criou serviços públicos pobres para os pobres, que foram também veículo de divulgação ideológica e que acentuaram desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

A organização dos serviços de saúde públicos assentou numa estrutura já existente, nomeadamente médicos municipais, serviços de vigilância e controlo de epidemias, vacinação, combate à tuberculose, à sífilis e à mortalidade materna e infantil. Privilegiou funções mais policiais e curativas que promotoras de saúde. As câmaras municipais, através dos médicos, e as delegações de saúde, procuraram assegurar, ainda que com muitas dificuldades, os cuidados aos mais pobres. A Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto Maternal, os dispensários de higiene social, os dispensários de materno-infantis ou de puericultura, corporizaram algumas das políticas públicas de saúde que, contudo, não logravam alcançar nem equidade em termos de acesso, nem os resultados pretendidos. A exiguidade dos seus recursos e a descoordenação existente entre as várias instituições foram os principais responsáveis pela situação.

São de destacar neste período algumas experiências inovadoras no setor público que visaram melhorar o acesso dos mais pobres a cuidados de saúde, como por exemplo a fundação dos primeiros centros de saúde, nas décadas de 1930 e 1940. Com eles pretendeu-se, de certa forma, colocar sob a alçada do Estado o encargo da prestação de cuidados de saúde, propondo-se a criação de uma rede de centros de saúde concelhios que disponibilizassem cuidados de saúde curativos e de promoção de saúde. Os primeiros centros de saúde não conseguiram sobreviver face às conceções ideológicas que tinham estado na origem da sua criação e funcionamento, profundamente divergentes das do Estado Novo. Correspondiam ao pressuposto de que o Estado se devia responsabilizar, pelo menos, pela prestação de cuidados de saúde básicos a toda a população e tinham uma visão

integradora dos cuidados de saúde, considerando-os como um direito e condição de desenvolvimento e bem-estar. Princípios que não se coadunavam com a perspetiva corporativa e assistencialista do regime e que por isso mesmo não lograram ter continuidade.

A transição marcelista a partir de 1968 provocou alterações nas políticas de saúde. A legislação de Gonçalves Ferreira, em 1971, simboliza a primeira grande rutura ideológica nas políticas de saúde prosseguidas até então, acentuando a necessidade de um novo contrato social que privilegiasse a justiça social. Pela primeira vez a saúde foi, assumidamente, reconhecida como um direito, dando-se espaço para a implantação de políticas públicas claras que permitissem a todos o acesso a cuidados de saúde. A criação da rede de centros de saúde, apesar da rutura ideológica com o assistencialismo e corporativismo vigentes, apresentou, no entanto, alguma continuidade histórica em relação às políticas de saúde anteriores, nomeadamente a experiência dos primeiros centros de saúde das décadas de 1930-1940, o que denota a dificuldade que enfrentaram os que dentro do regime defendiam o acesso universal a cuidados de saúde. Apesar disso o Decreto-lei 413 de 1971 foi uma mudança clara na política de saúde com a sua visão do direito universal a cuidados de saúde.

Poderemos dizer que durante o Estado Novo os pobres enfrentaram várias barreiras no acesso a cuidados de saúde, entre elas a escassez e distribuição desigual de recursos de saúde, as dificuldades económicas de acesso, as restrições geográficas, as fragilidades dos serviços públicos e a clara assimetria de poder acentuada pela necessidade de expor a sua situação de pobreza através do atestado de pobreza. Assim, na nossa perspetiva, a mudança nas políticas de saúde corporizada pela criação de centros de saúde públicos em 1971 foi a mais significativa neste período, pois evidenciava não já uma política de saúde para os pobres, mas uma política de saúde integradora, que só após a Constituição de 1976 e a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 conheceu similar.

Bibliografia

- ABREU, Laurinda (2008a) – A Assistência e a Saúde como espaços de Inovação: alguns exemplos portugueses. In SAKELLARIDES, C.; ALVES, Manuel Valente, ed. lit., *Lisboa, saúde e inovação: do renascimento aos dias de hoje*. Lisboa: Gradiva.
- ABREU, Laurinda (2008b) - Políticas de caridade e assistência no processo de construção do Estado Moderno: alguns elementos sobre o caso português. In MILLÁN, José Martinez; LOURENÇO, Maria Paula Marçal - *Las relaciones discretas entre las*

monarquias Hispana y Portuguesa: las Casas de las Reinas (siglos XV –XIX), Vol. II. Madrid: Polifemo.

ABREU, Laurinda (2013) – *Pina Manique. Um reformador no Portugal das Luzes*. Lisboa: Gradiva.

ABREU, Laurinda (2014) - *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Gradiva.

AGUIAR, Alcinda de (1939) - Estudo sobre mil criancinhas portuguesas em idade escolar. In *Conferências da Liga de Profilaxia Social*. Porto: Imprensa Social.

ALMEIDA, António Ramalho de (2007) - *O Porto e a Tuberculose: História de 100 Anos de Luta*. Porto: Fronteira do Caos.

ALVES, Ana Maria da Rocha Pereira Cardoso (2009) - *Percursos de vida: A prostituição no Porto na década de 60/70*. Dissertação de mestrado em História Contemporânea. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

BARRETO, António (org.) (2000) – *A situação social em Portugal: 1960-1999*. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais.

BAYET, A. (1928) - L'Union Internationale contre le Péril vénérien. *L'Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge*. Paris. Vol. IX - nº 6.

BESSA, José dos Santos (1940) - A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral. In *Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População*. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários.

BRANDÃO, Raul (2017) - *Os Pobres*. Guimarães: Opera Omnia.

CAETANO, Marcelo (1969) - *Pelo futuro de Portugal: colectânea de discursos proferidos entre 1968-1969*. Lisboa: Verbo.

CARDIA, Mário (1938) - *Assistência às classes pobres*. Porto: Junta de Província do Douro Litoral.

CARDIA, Mário e Álvaro Moraes (1940) - Organização da luta contra a tuberculose: assistência e previdência. In *Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional Ciências da População*. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários.

CARDOSO, José Luís (2002) - *Portugal como problema: A economia como solução, da Revolução Liberal à revolução Democrática (1821-1964)*. Lisboa: Fundação Luso-americana - Jornal Público.

CARDOSO, José Luís (2012) - Ecos da grande depressão em Portugal. *Análise Social*. Lisboa. Nº 97, pp. 369-400.

- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes (2008) - *Ajudar a Nascer - Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto Editorial.
- CARVALHO, Lopo de (1937) - La lutte contre la tuberculose au Portugal - la situation actuelle. *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Lisboa: Instituto Central da ANT. 4ª Série, Vol. 1:1.
- CASCÃO, Rui (2011) - Modos de habitar. In MATTOSO, José, (dir.) - *História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea*. Lisboa: Círculo dos Leitores.
- CORREIA, Fernando Silva (1938) - *Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo)*. Lisboa: Ministério do Interior - Direcção Geral da Saúde.
- COSTA, Leonor Freire, Pedro Lains e Susana Münch Miranda (2011) – *História Económica de Portugal*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- DIAS, José Lopes (1936) - As criancinhas portuguesas na política de assistência. In *Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, 3ª Série. Porto: Imprensa Social.
- DIELBOLD, Évelyne e FOUCHÉ, Nicole (2011) - *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)*. Paris: Publibook.
- FARIA, José Alberto de (1934) – *Administração Sanitária*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- FARIA, José Alberto de (1940) – *Centros de saúde em Portugal*. Lisboa: Editora Médica.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves (1990) - *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GARRET, António de Almeida (1928) - Como organizar a luta contra a mortalidade infantil. Separata do *III Congresso Nacional de Medicina*, Vol 1. Lisboa: Imprensa Nacional.
- GATO, Ana Paula (2013) - *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários: o papel da Enfermagem (1926-2000)*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova.
- GEREMEK, Bronislaw (1995) - *A Piedade e a Força: História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar.
- HOMEM, Francisco (1948) - Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. Lisboa. Nº 207.
- HUMBERT, F. (1928) – La Ligue des Sociétés de la Croix Rouge et la lutte contre les maladies vénériennes. *L'Effort Universel contre les maladies Vénériennes. Vers*

la santé: Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Paris. Vol. IX - nº 6, pp. 196-200.

LAMAS, Maria (1935) - *Para além do amor*. Lisboa: Editorial O Século.

LIBERATO, Isabel (2002) - *Sexo, Ciência, Poder e Exclusão Social: A Tolerância da Prostituição em Portugal (1841-1926)*. Oeiras: Livros do Brasil.

LOPES, António da Luz (1958) - *Organização Corporativa (Legislação)*. [Edição de autor]

LOPES, Maria Antónia (2000) - *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra, 1750-1850*, Coimbra-Viseu: CHSC-Palimage.

LOPES Maria Antónia (2010) - *Proteção social em Portugal na Idade Moderna - Guia de estudo e de investigação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

LOPES Maria Antónia (2017) - A luta pelo domínio das Misericórdias: da Monarquia Liberal ao Estado Novo (1834-1945). In PAIVA, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, 10. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, pp. 393-450.

MARQUES, José (1943) - Assistência Materno-infantil no concelho do Sabugal. Separata de *Acção Médica*. Lisboa. Fasc. XXIX-20.

MENDES, Carlos Azevedo (1959) – Assistência: Previdência. In *Atas do IV Congresso das Misericórdias*. Lisboa: [s.n.].

MORGADO, Emília (1942) - *Cuidemos das criancinhas - noções de puericultura*. Porto: Imprensa Portuguesa.

NOVAIS, Maria José (1938) – *Conferências da Liga de Profilaxia Social*. Porto: Imprensa Social.

PIMENTEL, Irene Flunser (2000) - A assistência social e familiar no Estado Novo (anos 30 e 40). *Análise social*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Vol. XXXIV:151-152 (Inverno 2000), pp. 477-508.

PIMENTEL, Irene Flunser (2001) – *História das organizações femininas do Estado Novo*. Lisboa: Temas e Debates.

RAPOSO, Maria Manuela (1988) - *Remexendo o “baú” de um serviço: contributos para a história do papel da enfermeira nos serviços de protecção materno-infantil, no distrito de Ponta Delgada*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.

RELVAS, Eunice (2002) - *Esmola e Degredo. Mendigos e Vadios em Lisboa (1835-1910)*. Lisboa: Livros Horizonte.

ROSA, Álvaro Barros (1980) – *ANT, IANT, SLAT: História sumária da instituição 1899-1979*. Lisboa: SLAT.

- ROSAS, Fernando (1994) – *O Estado Novo (1926-1974)*. In MATTOSO, José (coord.) – *História de Portugal* (7º volume). Lisboa: Círculo de Leitores.
- ROSAS, Fernando (1999) – O Marcelismo ou a falência da política de transição no Estado Novo. In BRITO, J.M. Brandão de (coord.) - *Do Marcelismo ao fim do Império*. Lisboa: Editorial Notícias.
- ROSAS, Fernando (2012) - *Salazar e o poder: a arte de saber durar*. Lisboa: Tinta-da-China.
- ROSAS, Fernando José Mendes (1990) - *Portugal entre a guerra e a paz: estudo do impacte da II Guerra Mundial na economia e sociedade portuguesas (1939-1945)*. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- SANTOS, Reinaldo (1937) – Alguns Aspectos da Problema da Assistência. Conferência, Porto, 24 de abril de 1937. Porto: Liga de Profilaxia Social.
- SIMÕES, Jorge (2005) - *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- SOUSA, Armindo de Sousa (1993) – *A Monarquia Feudal* In MATTOSO, José (coord.) – *História de Portugal* (2º volume). Lisboa: Círculo dos Leitores.
- SOUSA, Baltazar Rebelo de (1995) - Gonçalves Ferreira: o homem, o cientista, o político. In COELHO, Aloisio et al - *Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira*. Lisboa.
- SOUZA, Álvaro Fernando de Novais (1915) - *Assistência à maternidade*. Coimbra: Imprensa da Universidade.